

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра специальной педагогики и специальной психологии

**Использование клинических ролевых игр в коррекции и
предупреждении дисгармоничного варианта развития личности у
детей подросткового возраста**

Выпускная квалификационная работа
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Профиль «Специальная психология»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
к.п.н., профессор О.В. Алмазова

дата подпись

Руководитель ОПОП:
к.п.с.н., доцент О.Г. Нугаева

подпись

Исполнитель:
Скалунова Кристина Андреевна,
обучающийся 403 группы
очного отделения

подпись

Научный руководитель:
Хлыстова Елена Викторовна
к.п.с.н., доцент
кафедры специальной
педагогики и специальной
психологии

подпись

Екатеринбург 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. КЛИНИЧЕСКИЕ РОЛЕВЫЕ ИГРЫ КАК МЕТОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ.....	6
1.1. Общая характеристика клинических ролевых игр как метода специальной психологии.....	6
1.2. Возможности клинических ролевых игр как метода предупреждения социальной дезадаптации детей с ограниченными возможностями здоровья	10
ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ДИСГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ.....	15
2.1. Характеристика дисгармоничного развития.....	15
2.2. Подростковый возраст как фактор риска возникновения дисгармоничного развития.....	51
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА.....	59
3.1. Методики экспериментального исследования проявлений дисгармоничного развития у детей подросткового возраста.....	59
3.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента.....	70
3.3 Программа коррекции и предупреждения дисгармоничного развития у детей подросткового возраста.....	108
3.4. Результаты контрольного этапа эксперимента.....	115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	120
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	122

Введение

Клинические ролевые игры широко используются в психологической практике. Исследователи (Я. Л. Морено, Д. Киппер и др.) указывают, что данный метод, опирающийся на механизм игровой деятельности, при организации психологической помощи может эффективно воздействовать одновременно как на поведенческую, так и на личностную сферу. Это дает основание рассматривать его как универсальный для решения различных проблем развития, в том числе и дисгармоничного развития личности (Д. Киппер и др.).

Дисгармоничное развитие предполагает нарушение гетерехронности (М. М. Семаго, Н. Я. Семаго и др.) и в специальной психологии может рассматриваться как отдельный вариант дизонтогенеза, и как сопутствующее нарушение, которое может быть обнаружено при различных аномалиях развития (В. В. Лебединский, В.В. Ковалев, М.М. Семаго и др.). В большей степени дисгармоничное развитие проявляется в подростковом возрасте - периоде интенсивного биологического, личностного и социального развития, нестабильности черт характера. То есть данный период может служить фактором риска закрепления дисгармоничного развития (А. Е. Личко и др.) и приводить к стойкой социальной дезадаптации (К. С. Лебединская, Е. Д. Божович, Д. И. Фельдштейн, Д. Б. Эльконин).

Л. С. Выготский отмечал, что переходный возраст создает условия, которые делают детей подросткового возраста чувствительными к различного рода внешним воздействиям и обостряют конституциональные задатки, находящиеся до этого в скрытом состоянии. При различных аномалиях развития, в том числе и задержке психического развития (ЗПР) указанные проявления могут быть усилены нарушениями в работе центральной нервной системой. Поэтому данную категорию можно

рассматривать как группу особого риска возникновения дисгармонического развития (М. М. Семаго, Н. Я. Семаго и др.). Оказание своевременной психологической помощи детям данной категории является важнейшим условием предупреждения социальной дезадаптации.

Вышесказанное стало основанием для выбора контингента испытуемых – детей подросткового возраста с ЗПР, имеющих предрасположенность к дисгармоничному развитию.

Эффективность психологической помощи определяется адекватным использованием коррекционных методов. Клинические ролевые игры, как уже было сказано выше, могут успешно использоваться в преодолении различных проблем развития, однако в специальной психологии данные технологии представлены недостаточно. Также не обнаружены данные об условиях и особенностях их использования при организации психологического сопровождения детей с различными вариантами дизонтогенеза. Это послужило основой для формулировки цели исследования.

Цель - исследование специфики использования клинических ролевых игр в коррекции дисгармонического развития у детей подросткового возраста.

Объектом являются клинические ролевые игры, как метод оказания психологической помощи детям подросткового возраста с дисгармоничным развитием.

Предмет исследования – особенности использования клинических ролевых игр как метода коррекции дисгармоничного развития у детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

Гипотеза - клинические ролевые игры являются эффективным методом коррекции дисгармоничного развития детей подросткового возраста с задержкой психического развития следующих условиях их использования:

1. Избегание катарсиса, глубокой эмоциональной проработки.

2. Опора на поведенческий подход, закрепление необходимых паттернов поведения.

3. Соблюдение охранного режима в процессе коррекционных сеансов.

4. Нивелирование диспропорциональности в познавательной и эмоционально-волевой сферах.

В соответствии с целью и гипотезой выделяются следующие задачи:

1. Систематизировать теоретической информации по проблеме исследования.

2. Подобрать диагностические методики, направленные на изучение характерологических особенностей детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

3. Экспериментальным путем изучить проявления дисгармоничности развития детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

4. Составить коррекционную программу, направленную на преодоление дисгармоничности развития с использованием клинических ролевых игр.

5. Апробировать программу и дифференцировать условия эффективного применения клинических ролевых игр в коррекции дисгармоничного развития детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

Выпускная квалификационная работа состоит из: содержания, введения, 3-х глав, заключения и списка использованной литературы. В ней также присутствует 5 таблиц и 10 рисунков. Объем прилагаемых материалов – 165 страниц. Общее количество страниц выпускной квалификационной работы – 127.

ГЛАВА 1. КЛИНИЧЕСКИЕ РОЛЕВЫЕ ИГРЫ КАК МЕТОД СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Общая характеристика клинических ролевых игр как метода специальной психологии

Понятие “роль” происходит от латинского слова “rotula”, которое обозначает лист бумаги, скрученный в трубочку. На этом листе записывали реплики актеров для пьес, и только в XVI—XVII веках слово “роль” стало означать актерскую игру.

В психотерапии ролевые игры стали применяться лишь с XX века. Впервые они были использованы Зильбургом (1941), однако их терапевтический эффект был замечен еще в XIX веке, когда пациенты психиатрической больницы “разыгрывали сцены”. Эффективность таких ролевых игр оценили только в 30-е гг. XX века.

Однако, игра, как одна из форм активности, имеет более долгую историю. Д. Киппер отмечает, что на ранних этапах человеческого развития ролевые игры помогали выживать человеку среди неопределенности, реализовывать его потребности в контроле над силами, от которых зависела жизнь. В связи с этим, автор приводит следующие основные функции, которые выполняют игры:

1. Облегчают чувство неуверенности и безнадежности
2. Уменьшают чувство страха
3. Вселяют надежду
4. Формируют ощущение собственного “я”
5. Исцеляют
6. Помогают взаимопониманию между людьми.

То есть, глубинные психологические потребности человека могут быть реализованы в игре [22].

Автор указывает на взаимосвязь возраста человека и его игрового поведения, говоря о том, что общение через ролевые игры преимущественно распространено среди незрелых участников акта коммуникации. Данная точка зрения опирается на тот факт, что дети и малообразованные взрослые повсеместно используют игру в качестве одного из видов деятельности. Д. Киппер подчеркивает, что существует взаимозависимость между абстрактным языком и ролевым поведением. Так, с процессом взросления человек обращается к ролевым играм все меньше и меньше. Но, очевидно, что психологическое воздействие ролевых игр значительно и незаменимо.

Можно предположить, что для подростков, по уровню зрелости находящихся между детством и взрослостью, игры имеют особое значение.

В США в 50-х гг. применение ролевых игр происходило в двух направлениях: в психотерапии и в тренинговых группах. Ролевые игры, как психотерапевтический метод, использовались в социометрии, психодраме, гештальт - терапии, в группах встреч, в терапии реальностью, в транзактном анализе, в терапии фиксированной роли.

Задачей тренинговых групп являлось самосовершенствование и саморазвитие, поэтому ролевые игры применялись не в качестве психотерапии, а для развития лидерских навыков, выработки поведения в различных группах, обучения взаимодействию, адекватному восприятию себя и других. Примерами тренинговых групп являются Т-группы и психологические центры, которые тестируют способность людей занимать руководящие должности, а также изучают их профессиональные качества.

Идея об использовании ситуаций из жизни в психотерапевтическом контексте стала известной только 30 лет спустя с момента ее появления. Психотерапевты были убеждены, что включение ролевых игр в психотерапевтический процесс представляет собой полезный и важный элемент [22].

В клинических ролевых играх сеанс строится следующим образом:

1. Разогрев

Эта стадия подготавливает протагониста (участника, играющего главную роль) к последующей стадии действия. Разогрев усиливает вовлеченность участников в сеанс и выполняет следующие основные задачи:

- Знакомит протагониста с методом ролевой игры
- Создает доверительную атмосферу
- Усиливает спонтанность проявлений участников

На стадии разогрева обсуждаются ситуации, которые будут разыграны на следующем этапе.

2. Действие

Во внутренней структуре стадии действия необходимо отметить три важных сегмента:

- Предъявление настоящего
- Анализ и интерпретация
- Альтернативное поведение

Первый сегмент выполняет функцию предъявления настоящего и изображает проблему, которая будет изучена в последующем. Протагонист проигрывает ситуацию, в которой данная проблема выступает наиболее явно. Психолог в это время пытается оценить характер и масштаб проблемы.

На стадии анализа и интерпретации происходит изучение факторов, приводящих к возникновению проблемы, и ослабление чувства тревоги.

Третий сегмент подразумевает преодоление проблемных ситуаций посредством закрепления альтернативного поведения.

В целом, стадия действия характеризуется воссозданием определенных ситуаций, вызывающих трудности у участников.

3. Завершающая стадия

На завершающей стадии участникам необходимо совершить следующие задачи:

- Выйти из роли
- Обрести эмоциональную стабильность, комфорт

- Обрести способность к пониманию себя
- Построить планы на будущее

Отсутствие действия является основным правилом данной стадии. Происходит обмен чувствами, анализ или обсуждение [44].

Рекомендуется разделять весь сеанс клинических ролевых игр в следующих временных соотношениях: на стадию разогрева отводится 15% времени, на стадию действия — 65% и на стадию завершения - 20% .

Продолжительность каждой разыгрываемой ситуации регулируется самим психологом и зависит от содержания сцены, продолжительности сеанса в целом и других факторов. Однако превышение длительности более 15 минут является нежелательным [50].

Таким образом, клинические ролевые игры являются достаточно хорошо разработанным методом практической и клинической психологии. Они опираются на естественные механизмы развития личности, активизируют творческие ресурсы, способствуют повышению адаптивности и сопротивляемости стрессовым факторам. Могут быть использованы при работе с подростками, так как соответствуют их возрастным возможностям.

1.2. Возможности клинических ролевых игр как метода предупреждения социальной дезадаптации детей с ограниченными возможностями здоровья

Важным элементом в психокоррекционной работе с детьми и подростками с дисгармоничным развитием является расширение вариативности поведения в трудных жизненных ситуациях. Наиболее эффективными в этом плане являются игровые методы, среди которых и выделяются клинические ролевые игры [37].

Клинические ролевые игры представляют собой одну из форм психодрамы. Метод психодрамы был разработан врачом-психиатром Я. Л. Морено и подразумевает воспроизведение, разыгрывание клиентом значимых ситуаций из его жизни. Действие в психодраме структурировано таким образом, что проблема проясняется и конкретизируется, в связи с чем, клиент испытывает инсайт, катарсис, у него перестраиваются установки и паттерны, что приводит к изменению поведения [32]. В психодраматической игре отсутствует заранее написанный сценарий, то есть клиент полностью импровизирует, а сценарий создается непосредственно по ходу действия, основываясь на переживаниях клиента.

В клинических ролевых играх, в отличие от классической психодрамы, участники проявляют меньше спонтанности. Они разыгрывают действия на определенную тему, которая содержит готовый сюжет. Кроме этого, клинические ролевые игры в большей степени обращают внимание на общие проблемы и характерные роли, а психодрама нацелена на исследование индивидуальных проблем клиента [4].

Реализация клинических ролевых игр происходит через следующие интрапсихические механизмы:

- Анализ эмоций
- Усиление яркости чувств

- Обучение навыку распознавания переживаний
- Катарсис
- Инсайт
- Развитие эмпатии
- Обучение эффективным способам поведения [50].

В ролевой психокоррекции можно выделить следующие техники, позволяющие развивать определенную тему, активизировать рассматриваемую проблему и помогать выразить ее наименее болезненным способом:

- «Смена ролей»

В этой технике два участника меняются местами, перенимая манеры, позу, психологическое состояние друг друга. Я. Л. Морено отмечал, что для ребенка правильный обмен ролями является важным моментом в социализации, позволяющим понять отношение к себе и к окружающим через имитацию поведения другого человека.

- «Дублирование ролей»

Одному из участников предлагается сыграть вспомогательную роль, которая дублирует поведение главного игрока. Таким образом, этот участник выражает чувства, мысли, суждения другого человека. Роль дублирующего игрока и функции, которые он выполняет, сходны с механизмом эмпатии. Суть техники дублирования ролей сводится к способности понимать проблемы другого человека, поэтому она является одним из самых эффективных способов обучения сопереживанию.

- Техника «зеркала».

Данная техника исполняется вспомогательным участником, который в течение небольшого отрезка времени имитирует поведение главного героя.

- Техника «Шаг в будущее»

Предполагает разыгрывание какой-либо ситуации, которая может случиться с клиентом в будущем. Таким образом, можно заранее прожить проблемную ситуацию, увидеть возможные модели поведения человека и устранить определенные трудности.

- Техника «Тест на спонтанность»

Цель данной техники – поставить главного героя в новые неожиданные условия. Таким образом, импровизация позволяет выявить общие модели поведения участника и возможные реакции на ситуацию.

- «Монолог»

Эта техника требует от человека изложения своих чувств, мыслей. Комментируя свои действия, участник извлекает скрытые переживания и начинает лучше понимать свое состояние [44].

Можно выделить следующие стадии ролевых игр (И. И. Мамайчук):

1. Установочная стадия

На этой стадии подростка подготавливают к выражению своих проблем посредством ролевой игры. Некоторые дети подросткового возраста могут испытывать страх, негативизм, отказ от такой формы работы. Поэтому психологу важно убедить ребенка в необходимости проведения ролевой игры. Этому может способствовать доверительное общение, которое снимет чувство напряжения и неуверенности в себе. Кроме этого, на установочной стадии психологу нужно оценить способность ребенка к спонтанности. На этом этапе не рекомендуется затрагивать основные проблемы, а необходимо выяснить, какие темы были бы интересны подростку, после чего предложить ему придумать сценарий.

Эта стадия также подразумевает проведение ролевых игр, способствующих выработке навыка участия в игре.

2. Стадия действия

На этой стадии подросток разыгрывает ситуации из реальной жизни. Ему озвучивается определенная проблема и предлагается найти выход из нее.

В процессе ролевой игры необходимо, чтобы подросток действовал спонтанно, естественно. Психолог тем временем анализирует переживания ребенка и его способы реагирования на данную ситуацию. Задача психолога – стимулировать ребенка к поиску других способов реагирования на проблему. Этого можно достичь определенными техниками:

- Психолог, участвуя в ролевой игре и занимая определенную роль, ставит новые задачи перед ребенком, побуждая, таким образом, к поиску других способов реагирования.
- Психолог также может привлечь других участников игры с подобными проблемами к выполнению роли

3. Стадия интерпретации

Психолог и участники игры осуществляют совместный поиск альтернативных способов поведения. Выделяются все предложенные варианты и из них выбираются наиболее подходящие для каждого конкретного человека.

4. Оценочная стадия

Учитываются эмоциональное состояние подростка, его степень вовлеченности в игру, оптимизм, комфорт, рефлексия и планы на будущее [37].

Таким образом, клинические ролевые игры как психотерапевтический метод появились относительно недавно, но успели себя зарекомендовать в качестве эффективного способа преодоления различных трудностей во внешнем и внутреннем мире человека. Они позволяют создавать новые подходы к решению проблемы, оценивать их адекватность и повторно проигрывать, совершенствуя тем самым свои навыки.

Я. Л. Морено придавал большое значение факторам межличностных отношений в возникновении психических нарушений. Он отмечал, что проанализировав систему отношений личности с окружающим миром, можно понять характер нарушений, способы его протекания. Одной из

главных причин нарушений в психическом развитии является неправильное ролевое развитие ребенка, которое обусловлено внешними и внутренними условиями.

Здоровая личность проявляет потребность в действии, в проигрывании различных ролей. У детей с ограниченными возможностями здоровья эта потребность может быть деформирована, что приводит к отмиранию старых ролей, в то время как другие не осваиваются. Поэтому их ролевое поведение отличается недостаточной гибкостью и требует расширения репертуара. Клинические ролевые игры являются наиболее эффективным методом в преодолении данных трудностей. Они вырабатывают у ребенка с ограниченными возможностями здоровья новые способы реагирования, благодаря увеличению вариантов ролевого поведения. Опираясь на принцип действия, ролевые игры более продуктивны в работе с детьми данной категории, что позволяет достаточно эффективно влиять на характерологические особенности ребенка.

ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ ДИСГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2.1. Характеристика дисгармоничного развития

Дисгармоничное психическое развитие представляет собой такую форму нарушения развития, при которой в большей степени страдает эмоционально – волевая и мотивационная сферы личности, при этом, остальные структуры относительно сохранены [4]. При таком варианте психика развивается диспропорционально, по типу асинхронии. Ее основными проявлениями являются механизмы ретардации и акселерации. Для ретардации характерно запаздывание или приостановка развития психических функций или свойств личности. Акселерация подразумевает ускорение темпа психического развития. Таким образом, основой дисгармонического психического развития является опережение в развитии одних психических функций и отставание в созревании других свойств и функций [18]. Это приводит к тому, что личность неадекватно реагирует на внешние раздражители, вследствие чего нарушается поведение и появляются трудности в социальной адаптации [19].

Дисгармоничное развитие может сопутствовать различным аномалиям развития, в том числе и задержке психического развития (ЗПР).

Особенностью задержанного психического развития является недостаточность эмоционально-волевой сферы. В этом плане задержанное развитие близко к дисгармоничному. Как правило, диагноз ”задержка психического развития” в отношении подросткового возраста не употребляется. Так как недостаточность познавательной деятельности и трудности обучения уже оказываются не столь значимыми по сравнению с новыми поведенческими особенностями, акцентуациями характера или элементами асоциальности, возникающими в подростковом возрасте. Таким

образом, психологический диагноз задержанного развития переходит в другой. Этому могут способствовать неблагоприятные условия или невысокие ресурсные возможности ребенка, благодаря которым задержанное развитие приобретает другую форму – форму асинхронного развития [49].

Различное сочетание динамических свойств эмоциональной сферы, таких как возбудимость, инертность, лабильность, модальность эмоций и т.д., определяет многообразие дисгармоничных вариантов развития личности. Основными их моделями являются психопатии, акцентуации, патологические формирования личности и нарушение темпов полового созревания. Рассмотрим каждый вариант подробнее.

Психопатии – это аномалии характера, проявляющиеся в эмоциональной и волевой сферах личности [49]. По словам П. Б. Ганнушкина эти черты влияют на весь психический облик и приводят к постоянным конфликтам с окружающей средой [10]. В основе психопатий лежит недостаточность нервной деятельности, которая является либо врожденной, либо приобретенной в раннем возрасте. К наиболее частым причинам, способствующим возникновению данной патологии характера, относятся следующие:

1. Общие или мозговые инфекции перенесенные внутриутробно, либо в раннем возрасте;
2. Черепно-мозговые травмы, полученные в период беременности, родов или в ранний постнатальный период;
3. Интоксикации внешние и внутренние (алкоголь, желудочно-кишечные заболевания, нарушения обмена веществ, рахит, диспепсии, неправильное кормление, плохие гигиенические условия и т.д.);
4. Другие факторы, такие как перегревание, переохлаждение, ожоги, лучевые энергии;
5. Наследственность (наличие психических заболеваний у родственников) [24].

Однако, для возникновения психопатии недостаточно только биологических факторов. Они определяют основные особенности дисгармоничной личности, ее тенденцию к реагированию по определенному типу, но не актуализируют саму психопатию. Поэтому, наряду с основной причиной важен дополнительный фактор – неблагоприятные психогенные ситуации и социальные воздействия (например, неправильное воспитание) [49]. Без этого существенного фактора психопатия может и не развиваться. Благоприятные условия также влияют на патологические особенности: они могут постепенно сглаживаться, не достигнув выраженной психопатии. Таким образом, воздействия социальной среды позволяют либо корректировать отклонения, либо их усиливать [35].

Психопатическим особенностям присуща стойкость, они не имеют как таковой тенденции к прогрессированию, но могут изменяться при биологических и социальных воздействиях. Данная аномалия характера сохраняется у больного на протяжении всей его жизни. «Ядро» будущей психопатии можно проследить уже в детском возрасте, однако постановка такого диагноза возможна не ранее 18-ти лет, пока не будет сформирован определенный клинический тип. А. Е. Личко предлагает устанавливать диагноз психопатии только после того, как она уже сформировалась, т.е. ретроспективно, так как в большинстве случаев данная аномалия характера не подтверждается [35].

П. Б. Ганнушкин выделяет следующие критерии психопатий:

1. Тотальность

Патологический склад приобретает вся структура личности, а не отдельные ее черты. Вне зависимости от социальных условий (школа, семья, отдых, труд, обыденные и чрезвычайные ситуации) тип характера проявляется одинаково. Определенные психопатические черты действуют при любых условиях всегда и везде.

2. Относительная стабильность

Патологические черты прослеживаются с раннего возраста и никогда полностью не исчезают, однако, при оценке стабильности психопатии необходимо учитывать следующие обстоятельства:

- Каждый клинический тип психопатии формируется в определенном возрасте (Шизоидный – с первых лет жизни, психастенический – в младший школьный возраст, гипертимный ярко проявляется в подростковом периоде и т.д.)
- Черты большинства типов психопатий заостряются в подростковом возрасте
- В подростковый период типы характера могут трансформироваться (например, гипертимность сменяется циклоидностью, либо присоединяются дополнительные черты) [35].

3. Нарушение социальной адаптации

У индивида отсутствует адекватное поведение при любой жизненной ситуации. Он не способен выстраивать взаимоотношения в семье, на учебе, в работе [10].

Первые попытки разделить психопатию на группы предпринимались в 70-е годы XIX века. Этому способствовала судебно-психиатрическая и педагогическая практика [19]. В настоящее время не существует единой классификации психопатий, так как психопатические варианты личности многообразны и вызывают трудности в выделении единых критериев для их систематики. Одни классификации базируются на клинических принципах, другие – на психологических, третьи – на социальных.

Впервые, отдельные формы психопатии начал изучать Э. Крепелин. В 1915 году он опубликовал классификацию, основанную на смешении клинического и социального принципов. Она включала в себя семь форм:

- Возбудимые
- Неустойчивые
- Лгуны и фантасты

- Странные и чудаки
- Патологические спорщики
- Одержимые влечениями
- Враги общества [19].

Систематика психопатий Крепелина имела свои недостатки: она включала в себя не все типы и использовала бытовые названия, однако послужила началом для создания других, более совершенных классификаций.

В настоящее время в зарубежной психиатрии нередко используется классификация К. Шнейдера (1923). В ее основе лежит психологический принцип, и она содержит десять форм:

1. Гипертимики
2. Депрессивные
3. Неуверенные в себе
4. Фанатичные
5. Ищущие повышенной оценки
6. Эмоционально-лабильные
7. Эксплозивные
8. Бесчувственные
9. Бездольные
10. Астенические [14].

В отечественной психиатрии можно выделить систематику, предложенную Г. Е. Сухаревой (1959). В ее основе лежат такие критерии, как время воздействия патогенных факторов, их качество и тяжесть. В связи с этим выделяются три основных вида психопатий:

1. Задержанное развитие (по типу «психического инфантилизма»)

Здесь особую роль в возникновении аномалии играют внешние причины, длительно действующие во внутриутробном или в раннем возрасте. Эти аномалии наиболее легки в своих проявлениях и несут грубых дефектов.

2. Искаженное (диспропорциональное) развитие

В происхождении этого типа аномалий наибольшую роль играет патологическая наследственность. Дисгармоничность проявляется в ускоренном развитии одних систем и задержкой других. Проявления аномалий более разнообразны: можно наблюдать и более тяжелые, и более легкие формы.

3. Поврежденное развитие

Причиной такого аномального развития являются мозговые заболевания. Кроме задержки развития систем на патогенез влияют и остаточные явления после заболевания. Наблюдаются не только структурные нарушения, но и функционально-динамические [24].

Наибольшей популярностью в нашей стране пользуется классификация П. Б. Ганнушкина (1933). В своей книге «Клиника психопатий: их статика, динамика и систематика» он выделил следующие группы:

1. Циклоиды
2. Астеники
3. Шизоиды
4. Параноики
5. Эпилептоиды
6. Истерические характеры
7. Неустойчивые психопаты
8. Антисоциальные психопаты
9. Конституционально-глупые [10].

В международной классификации болезней 10-го пересмотра психопатиям соответствует раздел «Специфические расстройства личности (F60)». В него включены:

1. Параноидное расстройство личности (F60.0)
2. Шизоидное расстройство личности (F60.1)
3. Диссоциальное расстройство личности (F60.2)
4. Эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)

5. Истерическое расстройство личности (F60.4)
6. Ананкастное расстройство личности (F60.5)
7. Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F60.6)
8. Расстройство типа зависимой личности (F60.7)
9. Другие специфические расстройства личности (F60.8) [32].

Систематика А. Е. Личко (1977) опирается на классификации П. Б. Ганнушкина и Г.Е.Сухаревой, а также К. Леонгарда. А. Е. Личко объединил в ней и психопатии, и акцентуации характера, описав одни и те же типы, которые являются либо крайними вариантами нормы (акцентуации), либо достигают патологического уровня (психопатии). В связи с этим выделяются следующие типы психопатического развития:

1. Гипертимный
2. Циклоидный
3. Лабильный
4. Астеноневротический
5. Сенситивный
6. Психастенический
7. Шизоидный
8. Эпилептоидный
9. Истероидный
10. Нейустойчивый
11. Комформный [35].

Изучая наиболее известные классификации психопатий, можно прийти к выводу, что по своему содержанию они практически идентичны и включают в себя одни и те же формы психопатического развития. Ниже приведена сравнительная таблица классификаций, используемых в отечественной медицине (Табл.1).

Сравнение классификаций психопатий

А.Е.Личко	П.Б.Ганнушкин	МКБ-10
Гипертимный тип	Возбудимый	
Циклоидный тип	Циклоидный	
Лабильный тип		
Астеноневротический тип	Астенический	
Сенситивный тип		Тревожное расстройство личности
Психастенический тип	Психастенический	Ананкастное расстройство личности
Шизоидный тип	Шизоидный	Шизоидное расстройство личности
Эпилептоидный тип		Эмоционально-неустойчивое расстройство личности
Истероидный тип	Истерический	Истерическое расстройство личности
Неустойчивый тип	Неустойчивый	
Комформный тип		Зависимое расстройство личности
	Параноидный	Параноидное расстройство личности
	Антисоциальный	Диссоциальное расстройство личности

Для более подробного изучения каждого вида психопатии будем опираться на систематику А. Е. Личко (1977). Отдельные типы (параноидный, антисоциальный) будут рассмотрены согласно классификациям П. Б. Ганнушкина и МКБ-10.

Гипертимный тип по П. Б. Ганнушкину входит в группу циклоидов, а именно конституционально-возбужденных. Г. Е. Сухарева относит гипертимный тип к искаженному, диспропорциональному развитию, и подчеркивает, что в его основе лежат аномалии физиологических систем, которые образуют темперамент. Он отличается чрезмерно повышенным самочувствием и высокой двигательной активностью, которая сочетается с недостаточной устойчивостью [24]. Главной чертой гипертимных личностей является чрезмерный оптимизм. Всегда приподнятое настроение, высокий жизненный тонус, жажда деятельности, здоровый сон и аппетит могут

сменяться гневом, агрессией и вспышками раздражения. Настроению присуща лабильность: из-за незначительного повода появляются аффективные вспышки, которые затем так же быстро исчезают. Причинами таких реакций могут служить дисциплинарный режим, стремление окружающих подавить желания ребенка и подчинить его своей воле. Кроме этого, гипертимные личности плохо переносят одиночество и лишение контактов со сверстниками, так как отличаются болтливостью и желанием постоянно быть в компании [35].

Развитие этой формы психопатии приходится на школьный возраст. Несмотря на высокие способности, у детей наблюдаются неусидчивость, недисциплинированность, постоянная отвлекаемость. Неспособность сосредоточиться на работе, небрежность приводят к тому, что ребенок не доводит начатое дело до конца, в результате чего усваивает только поверхностные знания [10].

Гипертимных личностей характеризует также быстрая приспособляемость к окружающему, хорошая ориентировка в незнакомых ситуациях. Несмотря на свою конфликтность, они легко добиваются авторитета в компании, однако их постоянные вспышки гнева способствуют постепенной утрате лидерской роли [35].

В пубертатном возрасте клиническая картина значительно осложняется. Подростки становятся более раздражительными, грубыми, не подчиняются никакому авторитету. Их повышенная самооценка приобретает патологический характер. Специфические реакции, присущие подростковому возрасту, проявлены достаточно сильно. Как уже говорилось ранее, гипертимические подростки постоянно тяготеют к компании сверстников и стремятся быть в них лидерами. Однако, неразборчивость в знакомствах может привести их в асоциальную группу. А. Е. Личко указывает на то, делинквентное поведение – нередкость для таких подростков. Жажда развлечений и риска толкают их на правонарушения. Подражание компании приятелей делает употребление алкоголя частым и регулярным. Кроме этого,

они также проявляют интерес к другим наркотическим средствам. Их вредные привычки остаются на уровне групповой зависимости и не достигают степени токсикомании [35].

Реакции увлечения отмечаются разнообразием и непостоянством хобби. Необходимость быть аккуратным, усидчивым и терпеливым приводит к потере интереса и быстрой смене вида деятельности.

Сексуальное влечение пробуждается рано и достигает большой силы. Наблюдаются случайные связи, онанизм, однако склонность к половым девиациям им не присуща.

По данным А. Е. Личко, гипертимная психопатия встречается довольно часто в возрасте 14-18 лет, однако со временем она может приобретать черты циклоидного типа [35].

Следующим типом психопатии является *циклоидный. Циклоидной психопатии* присуща неустойчивость эмоциональной сферы. Периоды повышенного настроения чередуются с пониженными. Такое явление обычно впервые наблюдается в подростковом возрасте.

В фазу пониженного настроения подростки быстро утомляются, учебная деятельность вызывает напряжение. Возникает желание побыть наедине, ограничивается общение со сверстниками и родителями. Родительские расспросы делают подростков раздражительными, наблюдается плаксивость без каких-либо поводов. Не исключается возможность появления суицидальных мыслей. Продолжительность данной фазы составляет 2-3 недели и сменяется подъемом настроения [1].

В фазе повышенного настроения многие виды деятельности даются легко, отношения со сверстниками восстанавливаются. Наблюдается повышение активности, общительность, приветливость. Подросток становится более отзывчивым, добродушным в отношениях с родителями. Однако данная фаза является менее продолжительной и вновь сменяется [10].

Лабильный тип психопатии встречаются редко, не превышая уровня акцентуации. Главной чертой данного типа является частая изменчивость настроения – в течение дня она случается несколько раз. Этим лабильный тип отличается от циклоидного, фазность которого составляет 2-3 недели. Еще одним отличием этих типов психопатий является то, что при лабильном типе смена настроения зависит от конкретных внешних воздействий (причины которых часто несущественны), в то время как при циклоидности настроение меняется спонтанно [1].

Лабильные подростки сильно зависят от оценки окружающих. Им важно, что думают о них сверстники и взрослые, такие дети сразу замечают изменение отношения к себе. Замечания, взгляды могут стать причиной снижения настроения, а комплименты, похвала сразу повышают его [35].

Характерна для них и глубина чувств, большая привязанность к родным и близким, но только к тем, кто проявляет любовь и заботу. В связи с этим, реакция эмансипации у этих подростков выражена умеренно. Противодействие взрослым они оказывают нечасто, и обусловлено оно перепадами настроения. Однако эта реакция может усугубляться при неблагоприятной семейной обстановке [35].

Стремление пребывать в компании сверстников также подчиняется настроению: в одно время лабильные подростки тянутся к общению, в другое – избегают. Им необходим эмоциональный контакт, защита и опека приятелей.

А. Е. Личко отмечает, что лабильным подросткам присущи информативно-коммуникативные и эгоцентрические хобби. Область их интересов составляет общение со сверстниками, художественные виды деятельности и забота о домашних животных, особенно собаках. Однако все эти увлечения непродолжительны и носят преходящий характер.

Астеноневротический тип. Основными признаками астеноневротической личности является постоянная раздражительность и истощаемость нервной системы. При этом типе часто возникают

невротические реакции. Астеноневротическую форму П. Б. Ганнушкин условно делит на отдельные группы.

Так называемые «неврастеники», с одной стороны, подвержены чрезмерной раздражительности и имеют повышенную нервно-психическую возбудимость, а с другой – быстро истощаются и утомляются. Помимо этого, наблюдаются симптомы соматического характера: боли в сердце, в желудочно-кишечном тракте и других частях тела. Такие субъекты отличаются сниженным настроением, мнительностью, вялостью и нерешительностью. Длительные усилия или работа даются им с трудом: деятельность быстро надоедает, появляется слабость и усталость. Зачастую они не приступают к ней (к деятельности) из-за страха будущего напряжения. Постоянная забота о своем физическом самочувствии не позволяет надолго сосредоточивать внимание на работе. Опасаясь возникновения болезни, они тщательно анализируют ощущения своего тела. Фиксируясь на этом, неврастеники расстраивают вегетативные функции, которые при неблагоприятных условиях вызывают «неврозы» органов. Болезнь начинает полностью завладевать человеком, заставляя его посещать специалистов различного профиля в области медицины [10].

Другой тип астеноневротической личности отличается от предыдущего более сильной истощаемостью и увлечением какой-либо работой или интересами. Этому способствует такая черта, как раздражимость и возбудимость. Эти субъекты достаточно легко и быстро осваивают новые виды деятельности, однако их продуктивность находится на низком уровне. Неспособность к длительному напряжению приводит к прерыванию работы и снижению интереса к ней. Ощущение скуки вызывает желание испытать новые впечатления. Таким образом, их внимание остается неустойчивым и легко отвлекаемым, побуждая личность к постоянным переменам.

Самую сложную группу образуют лица, для которых характерна повышенная впечатлительность и чувство собственной недостаточности. Они крайне ранимы и чувствительны ко всякого рода переживаниям: не способны

вынести вида крови, драк, несчастных случаев и т.д. Для них характерны робость, застенчивость, малодушие. Шум, шорох, резкие звуки или неожиданность пугают их и заставляют вздрагивать. Страхи темноты, различных животных, насекомых – частое явление для этих личностей. Так как постоянные впечатления травмируют их, то преобладает пониженный оттенок настроения. Осознание того, что они не похожи на других людей формирует чувство неуверенности в себе, приводит к внутреннему напряжению и тревоге. Попадая в социальную среду, находящуюся на более высоком уровне, личности данной группы начинают быть крайне робкими и подозрительными. Ощущение, что другие люди критикуют, смеются или говорят о нем, усиливает неловкость и смущение. Некоторые астеноневротические личности пытаются преодолеть свою недостаточность и начинают демонстрировать развязность, заносчивость. Особенно болезненно они переносят публичные выступления и служебные неудачи. Из-за чрезмерной возбудимости расстраиваются и соматические функции: нарушается сон, деятельность различных органов, появляется рвота, потливость и т.д. Несоответствие требований жизни и требований, которые предъявляются к себе, может провоцировать длительные депрессии [10].

По данным А. Е. Личко астеноневротический тип психопатии и акцентуации среди здорового населения составляет 2%. Признаки астеноневротической акцентуации можно обнаружить еще в детском возрасте. Например, плохой аппетит, сон, плаксивость, капризность, страхи, энурез, заикание. В подростковом возрасте эти черты могут сгладиться, либо способствовать невротическому развитию. Как правило, для этих подростков не характерны побег из дома, алкоголизация или совершение делинквентных поступков. Однако могут возникать вспышки раздражения, направленные на воспитателей, родителей; обвинения в том, что близкие не уделяют внимание их здоровью [35].

Сенситивный тип. П. Б. Ганнушкин относит этот тип к группе астеноневротических личностей, о которых было сказано выше. А. Е. Личко в своей классификации описывает сенситивный тип отдельно, говоря о том, что, несмотря на близость к астеническому типу, он образует четкую обособленную группу.

Данный тип психопатии формируется достаточно поздно – в 16-19 лет. Несмотря на это, некоторые ее черты обнаруживаются еще в детстве, например боязливость и пугливость. Дети могут бояться темноты, некоторых животных или оставаться в одиночестве. Слишком активные и шумные сверстники пугают их, так же как и любая рискованная деятельность. Они избегают больших компаний, подвижных игр. Бывают робкими и застенчивыми среди незнакомых людей и в целом в новой для них обстановке. Все эти проявления производят со стороны впечатление отгороженности и замкнутости. Однако, в привычной для таких детей обстановке, они довольно общительны. Виды деятельности и игры выбирают тихие, спокойные. К родным проявляют большую привязанность и слушаются их.

Трудностей в начале подросткового возраста, как правило, не возникает. Они появляются в 16-19 лет, когда приходит время сменить привычную обстановку на трудовую или поступить в новое учебное заведение. В этом периоде, требующим установления новых контактов, начинают проявляться основные качества сенситивности – чрезмерная впечатлительность и ощущение собственной недостаточности [16].

Реакция эмансипации выражена у сенситивных подростков слабо: они все так же по-детски привязаны к родным. С удовольствием принимают опеку старших, но отчаиваются, плачут, когда их упрекают или наказывают. Ответственность, высокие моральные требования, чувство долга формируются у них рано. Однако эти же самые морально-этические и волевые качества могут стать причиной угрызений их совести.

Реакция гиперкомпенсации особенно проявлена ввиду чувства собственной неполноценности. Самоутверждаются сенситивные подростки в тех областях, в которых и ощущают свою неполноценность. Они могут казаться общительными, веселыми, развязными, энергичными и волевыми, но на самом деле внутри них полно укоров, самобичевания, чувствительности и высоких требований к себе [35].

Группирование со сверстниками мало проявлено. К выбору приятелей подходят серьезно и тщательно, предпочитают находиться в компании близкого человека, нежели среди большого скопления людей.

Увлечения у подростков сенситивного типа можно разделить на две группы: гармоничные и контрастные. Гармоничные хобби имеют интеллектуально-эстетический характер. Они разнообразны и определяются наклонностями, способностями подростков, уровнем их индивидуального развития. Примерами таких хобби могут служить увлечения музыкой, живописью, шахматами, разведение цветов, рыб и уход за домашними животными. В этих занятиях важен сам процесс деятельности, а не привлечение внимания или работа на результат.

Контрастные увлечения связаны с реакцией гиперкомпенсации и имеют телесный характер, например занятия спортом. Главной их целью является достижение определенных результатов, стремление через развитие физических качеств преодолеть свою робость и застенчивость. Как правило, подростки не получают заметного удовольствия от процесса деятельности и не достигают особых успехов [35].

Отношение окружающих к сенситивным подросткам является их слабым местом. Они очень тяжело переносят ситуации, в которых над ними насмехаются или подозревают в непорядочных поступках.

При крайних степенях сенситивной психопатии могут наблюдаться аутоагрессивные реакции, реактивные депрессии со склонностью к суицидным попыткам [16].

Психастенический тип психопатии чаще всего является конституциональным. Однако, при неправильном воспитании, в условиях гиперпротекции, повышенной ответственности, может развиваться психастеническая акцентуация.

По данным А. Е. Личко психастеническая личность склонна к обсессивно-фобическому варианту невроза навязчивых состояний. Он может обнаруживаться уже в детстве в виде страха темноты, новых предметов, незнакомых людей и т.д. [19].

Периодом полноценного развития психастенических черт является младший школьный возраст - тот период, когда от ребенка требуется соблюдать ответственность. По словам Г. Е. Сухаревой, психастения развивается под действием такого фактора, как повышенная ответственность (например, когда родители предъявляют высокие требования к ребенку, а он старается оправдать их надежды и не подвести) [24].

В отличие от других типов психопатий в подростковом возрасте психастения не обостряется, однако своего максимального расцвета она достигает в 20-40 лет, а далее проявления начинают ослабевать.

Склонность рассуждать, нерешительность, мнительность, самоанализ, интеллектуальные интересы, навязчивые страхи, действия, ритуалы, мысли – главные черты психастенической личности [16]. Мнительность подростка, в отличие от астеноневротического и сенситивного типов, направлена в будущее. Их пугают возможные страшные сценарии будущего, например, болезнь родственников, катастрофы, смерть, несчастья, которые могут случиться с ними самими [19]. Такая постоянная тревога за себя и близких способствует развитию специальных примет и ритуалов (например, чтобы не заразиться и не заболеть, нельзя трогать дверные ручки). Кроме этого, психологическими защитами могут служить педантизм и формализм. Их суть заключается в том, что подросток заранее предусматривает возможные неприятности и действует в соответствии со своим планом. Нерешительность и склонность к рассуждениям проявляются у них в ситуациях выбора.

Психастеничные подростки могут долго колебаться в принятии решения, однако, как только это случится, решение тут же исполняется. На основе этих черт может появляться реакция гиперкомпенсации, характеризующаяся самоуверенностью, решительностью и стремительностью действий в тех обстоятельствах, когда необходима осторожность и осмотрительность. Возникающие при этом неудачи усиливают нерешительность подростка. Самоанализ касается мотивов их поступков и проявляется в постоянном осмыслении своих переживаний и ощущений [35].

Поведенческие реакции у психастеничных подростков выражаются слабо и нестандартно. Реакция эмансипации заменяется патологической привязанностью к одному из родственников, к компаниям сверстников тянутся неохотно, увлечения имеют интеллектуально-эстетическую направленность.

При психопатии этого типа, в отличие от акцентуации, наблюдаются постоянные фобии и obsessions. Страхи, нерешительность, навязчивости могут затруднять общение и адаптацию. Механизмы гиперкомпенсации (нетерпеливость, педантизм) проявляются в утрированном виде [35].

Шизоидный тип. А. Е. Личко указывает на то, что причинами шизоидной психопатии выступают эндогенные факторы, а недостатки в воспитании лишь помогают ей укрепиться. Гиперпротекция усугубляет черты шизоидной психопатии, однако чаще всего на данный тип наслаиваются и черты других видов психопатий.

Шизоидная психопатия установлена у подростков мужского пола в 19%. Социальная дезадаптация при этом носит либо тяжелый, либо парциальный характер.

По наблюдениям А. Е. Личко, шизоидная акцентуация не приводит к социальной дезадаптации и к тяжелым нарушениям в поведении. В общей популяции она установлена в 9% [35].

Существенные черты этого типа – замкнутость, трудности в установлении контактов, отгороженность, сдержанность, аффективная

холодность, и в целом низкая потребность в общении. В их личности сочетаются противоположные черты – чувствительности и холодности, упрямства и внушаемости, назойливости и необщительности, противоречивых поступков и разумных рассуждений, антипатии и излишней привязанности [16].

Черты шизоидности можно выявить гораздо раньше, чем при других типах. С детства ребенок предпочитает игры в одиночестве, избегает компаний сверстников и активных игр, держится в окружении взрослых и слушает их беседы. Кроме этого может наблюдаться эмоциональная сдержанность, напоминающая холодность.

Тяжелый период для шизоидной психопатии – подростковый возраст. В этом возрасте патологические черты начинают усиливаться и проявляться достаточно ярко. Подростки становятся еще более замкнутыми и отгороженными, имеют необычные увлечения и интересы. У них возникают трудности при попытке познакомиться, особая чувствительность во время поиска и истощаемость в процессе контакта, когда они не знают, о чем говорить. Г. Аспергер обращал внимание на то, что у шизоидных подростков не хватает интуиции. Это проявляется в неспособности понять переживания других, почувствовать их желания, уловить симпатию или неприязнь к себе и т.д. Кроме этого, им трудно сопереживать другому человеку, или как называл это Э. Кречмер, у них отсутствовал «аффективный резонанс» [10].

Внутренний мир шизоидных личностей наполнен фантазиями и увлечениями. В моменты трудных ситуаций фантазирование становится сильнее, вероятно, исполняя роль психологической защиты. Желание вторгнуться в их мир может обернуться резким протестом [35].

Их внешний облик также обращает на себя внимание, отличается своеобразием. Моторика выглядит неестественно, в ней отсутствует эластичность и гармоничность. Наблюдается угловатость движений, тугоподвижность, вычурность, манерность, однообразие. Отмечаются стереотипии, похожие на тики, гримасы. Свообразна и походка: ходьба, не

сгибают колени, подпрыгивания, волочение ног и т.д. В почерке замечен нестандартный наклон букв, начертания, завитки, неравномерность. Содержание речи шизоидных личностей не соответствует интонации, мимике и жестам. Речь витиевата, напыщенна, либо невыразительна и монотонна [10].

П. Б. Ганнушкин отмечает у них, наряду с эмоциональной дисгармонией, неправильность мыслительных процессов. Слова и формулы завладевают их психикой. Они строят свои суждения, опираясь не на факты, а на схемы, построенные на основе взаимоисключающих логических комбинаций и понятий, не имеющих между собой ничего общего. Многие шизоидные субъекты склонны также к символизации. Представления о действительности, не соответствующие привычным схемам, игнорируются. Внимание избирательно и ограничено кругом определенных проблем, которые их интересуют. Нередко, в поступках отмечается отсутствие такта и пренебрежение интересами других людей. В деятельности они ориентируются на свои желания и неясные соображения, не следуя чужим указаниями. Все это приводит к неспособности регулярно осуществлять какую-либо профессиональную деятельность и мешает достижению успеха, еще более усиливая их замкнутость. Однако, обладая одаренностью в какой-то области и возможностью проявлять инициативу, они могут достигать больших успехов, благодаря своей самостоятельности и оригинальности [10].

Специфическая подростковая реакция группирования выражена слабо. Зачастую, шизоидные подростки отгораживаются от компании сверстников. Иногда над ними насмехаются и преследуют другие подростки, а иногда они могут постоять за себя и тогда внушают уважение.

Увлечения подростков необычны и устойчивы. Чаще всего преобладают хобби интеллектуально-эстетической направленности, например коллекционирование или чтение. Обычно чтение имеет строго избирательный характер – конкретный жанр, эпоху или философское

течение. Коллекции отличаются уникальностью и иногда даже бесполезностью.

Другой вид хобби относится к телесно-мануальному типу. Несмотря на несовершенство моторики шизоидов, систематичные телесные упражнения позволяют выровнять ее. Предпочтение отдается одиночным видам деятельности, например плавание, йога, гимнастика, велосипед.

Половое влечение шизоидных подростков внешне может никак не проявляться. Внешне они демонстрируют асексуальность, умышленно презируют все, что касается половой жизни, однако постоянно увлекаются онанизмом и предаются фантазиям на эротические темы. Неспособность к ухаживанию и флирту может пробудить интерес к различного рода парафилиям (например, вуайеризм, эксгибиционизм и т.п.). Свои сексуальные фантазии и поступки они тщательно скрывают.

В целом, склонность к различным аддикциям у шизоидных подростков редка. Однако, употребление небольших доз алкоголя и наркотических веществ в целях снять скованность в установлении контактов, может образовывать психическую зависимость [34].

Эпилептоидный тип. Чаще всего эпилептоидная психопатия имеет конституциональный характер и является одной из наиболее неблагоприятных форм. По данным А. Е. Личко в общей популяции у подростков мужского пола она встречается в 11 % . Сочетается с другими типами, например с истероидной и неустойчивой психопатиями.

Особенностями эпилептоидного характера являются чрезмерная возбудимость, злобность, взрывчатость, мстительность, агрессивность, дисфоричность.

Черты данного вида психопатии выделяются в детском возрасте: беспричинный плач, капризы, озлобленность, непослушание, гнев, драчливость. Присутствуют садистские наклонности, например издевательство над животными или над более слабыми, младшими детьми.

В школьном возрасте эпилептоиды чрезмерно аккуратны, скрупулезны. Их настроение мрачное, злобное, тоскливое. В такие периоды ребенок ищет выход своим агрессивным тенденциям, и самым лучшим условием для этого является драка. Нередко они специально провоцируют сверстников, придираясь, унижая и оскорбляя их. В драках ведут себя свирепо и безжалостно, могут использовать подручные предметы.

Наибольшей силы эпилептоидность проявляется в подростковом и юношеском возрасте – с 12-19 лет. Дисфоричность иногда может наблюдаться в виде апатии, безделья, угрюмым видом. П. Б. Ганнушкин говорит о том, что обязательными компонентами расстройства настроения являются страх, злобность и тоска. Эти расстройства могут продолжаться от нескольких часов до нескольких дней и сопровождаться аффективными разрядами [10].

По наблюдениям Г. Е. Сухаревой, эпилептоидные личности имеют приземистую фигуру, тяжелый торс, короткие и крепкие конечности, заметную нижнюю челюсть [24]. Нередко отмечается множество татуировок в разных частях тела [34].

Психическим процессам присуща инертность, тугоподвижность, замедленность, вязкость. В связи с этим подростки мстительны и злопамятны, возможно наличие сверхценных идей [1].

Нарушение влечений – частое явления среди эпилептоидных личностей. Сексуальные эксцессы сочетаются с садистскими и мазохистическими наклонностями. Невозможность нормальных половых контактов нередко приводит их к перверзиям различного рода. Причинение себе вреда и болезненные ощущения доставляют им особое удовольствие (например, уколы, укусы, незавершенные самоудавления) [34].

Еще одним видом расстройства влечений может быть дромомания. Обычно она сочетается с дисфорией и обуславливается реакцией эмансипации. Побег совершается без особых поводов и повторяют одинаковый маршрут.

При употреблении алкоголя предпочтение отдается крепким напиткам, опьяняющим сильнее. Во время опьянения зачастую совершаются необдуманные поступки, воспоминание о которых потом не сохраняется.

При группировании со сверстниками эпилептоидные подростки стремятся к власти, поэтому выбирают компанию из более слабых, неспособных постоять за себя ребят.

Увлечения проявлены ярко и имеют азартный характер. Так как они стремятся к обогащению, накоплению, то наиболее привлекательными для них являются коллекционирование, занятия спортом, направленные на развитие физической силы, а также увлечения, требующие ручных навыков, если они приносят им материальные блага [34].

Истероидный тип. В общей популяции подростков истероидная акцентуация выявлена в 2% у мужского пола и немного больше у женского. Психопатии имеют либо конституциональный характер, либо психопатическое развитие на основе некоторых видов акцентуаций. В этом случае усиливаются черты характера, связанные с демонстративным поведением.

Главные черты истероидных личностей – эгоцентризм, театральность, постоянное стремление привлечь к себе внимание, желание восхищения и почитания со стороны окружающих. С раннего возраста дети проявляют обидчивость, капризность, подражание взрослым и желание постоянно быть в центре внимания. Чтобы произвести впечатление, они заучивают стихи, поют, танцуют, рассказывают про себя выдуманные истории. Эта склонность к фантазированию, лжи и преувеличению отмечается на протяжении всей их жизни и направлена на то, чтобы приукрасить свою личность [1].

Истероидные черты заостряются во время полового созревания. По данным А. Е. Личко психиатры наиболее часто встречаются с суицидальными демонстрациями, которые наблюдаются в 80 % случаев. При этом, истероидные подростки выбирают щадящие способы, которые рассчитаны на то, что окружающие вовремя придут им на помощь (принятие

лекарства, порезы вен). Действительными причинами такого поведения являются утрата внимания со стороны окружающих, задетое самолюбие, боязнь упасть в глазах сверстников и потерять статус избранного. Другими причинами могут быть желание вызвать сочувствие, избежать наказания, проявить к себе сострадание. При такой суицидальной демонстрации эгоцентризм истероидного подростка удовлетворяется в немалой степени. Кроме этого, для придания себе облика исключительности может приписываться неизвестная болезнь и стремление оказаться в психиатрической больнице [35].

Демонстративный характер имеет также и алкоголизация. Алкоголем не злоупотребляют, но имеют желание похвастаться количеством выпитого и способностью не пьянеть.

Побеги из дому начинаются в дошкольном или младшем школьном возрасте, вызванные наказанием. Во время побегов намеренно стараются попасться на глаза милиции или родителей.

Увлечения истероидных подростков имеют эгоцентрический характер. Предпочтение отдается тем видам искусства, которые наиболее популярны среди подростков в настоящий момент времени и поражают особенностью. Гораздо реже выбираются спортивные и мануально-телесные хобби [35].

Неустойчивый тип. Психопатии и акцентуации неустойчивого типа встречаются у подростков мужского пола в 11%. Во взрослом возрасте это расстройство личности диагностируется очень редко и, по данным А. Е. Личко, зачастую сменяется хроническим алкоголизмом.

Недостаточность неустойчивого типа проявляется в трудности формирования социально приемлемых норм в поведении. В детском возрасте наблюдается непослушание, неусидчивость, но при этом трусливость и страх быть наказанным. С трудом усваивают простые правила поведения. Рано появляется тяга к праздности, безделью и развлечениям. Дети начинают убегать с уроков и из дома, собираются в компаниях подростков. Подражают такому поведению, которое связано со сменой впечатлений, развлечениями и

наслаждениями. Поэтому еще в детском возрасте у них появляются вредные привычки, вроде курения, наркотиков, алкоголя, мелких краж [35].

В подростковом возрасте особенно сильно неустойчивые личности стремятся избавиться от опеки родителей. К ним они не проявляют особой любви и равнодушны к заботам. Родные служат источником наслаждения.

Неспособность переносить одиночество приводит подростков в уличные группы. Лидерских позиций в них они не занимают, но охотно слушаются главу компании.

Учеба обычно забрасывается, труд не является привлекательным. Неустойчивые личности не заботятся о будущем, а живут только настоящим, предаваясь удовольствиям и развлечениям. Неприятностей, трудностей, наказаний стараются избегать. Увлечения принадлежат к информативно-коммуникативным хобби и азартным играм [35].

Комформный тип. Данный тип встречается только в форме акцентуаций в 10% . В психологии комформность обозначает податливость мнению группы [6]. Поэтому подростки этого типа стараются во всем походить на свое окружение и никак не выделяться. Попадая в асоциальную среду, комформные личности могут алкоголизироваться, участвовать в групповых правонарушениях. Их характеризует не критичность и консерватизм. Им трудно осваиваться в непривычной для себя обстановке, предпочтение отдается ранее установленным порядкам и стабильному окружению. В связи с этим они настороженно относятся к незнакомым людям.

В любом виде деятельности комформные личности не проявляют инициативы. Реакция эмансипации наблюдается редко и только в тех случаях, когда взрослые препятствуют желаниям ребенка быть похожим на своих сверстников [34].

Не научившись брать на себя ответственность, комформная личность перекладывает ее на других людей. Таким образом, им необходимы

постоянные советы со стороны других людей по организации своей жизни [16].

Параноидный тип (Параноидное расстройство личности).

А. В. Батаршев отмечает, что данное расстройство чаще встречается у лиц мужского пола [1]. Главная характеристика этого типа – наличие сверхценных идей, которые преимущественно влияют на поведение личности. Одной из таких идей является убеждение о повышенной значимости собственной личности [10]. В окружающей действительности для параноиков имеет значение только то, что касается их личности. Люди, взаимодействующие с такой личностью, оцениваются по такому же принципу, то есть, по тому, как они относятся к его словам или действиям. Каждую свою мысль параноидная личность настойчиво отстаивает, но недостаток критики мешает им взглянуть на нее объективно и оценить степень абсурдности. П. Б. Ганнушкин упоминает такую особенность: все, что не относится к личности параноика, обсуждается и понимается им верно; все, что затрагивает их сущность, воспринимается ложно и имеет конкретный смысл [10]. Мышление подвержено резонерству: бесплодным рассуждениям, которые основаны на поверхностных аналогиях, не связанных с реальными представлениями о действительности [16]. Окружающие люди выступают средством достижения целей, но если они оказывают сопротивление или несогласие параноидной личности, то параноик становится обидчивым, подозрительным, агрессивным. Любую мелочь субъект воспринимает как нарушение своих прав и оскорбление личности. Таким образом, установление близких связей представляется труднодостижимым из-за их злопамятства, упрямства, настойчивости и подозрительности [1].

Антисоциальный тип (Диссоциальное расстройство личности).

Частота, с которой встречается данное расстройство, равна 3% у лиц мужского пола и 1% у лиц женского пола. Начало развития приходится на

предподростковый возраст и характеризуется биогенетической предрасположенностью [42].

Внешне люди с диссоциальным расстройством выглядят обаятельными и располагающими к себе. Их главная черта – склонность к постоянному получению удовольствия. Асоциальные поступки начинают появляться еще в детском возрасте: лживость, побеги из дома, прогулы, сопричастность криминальным компаниям, участие в драках, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами, воровство, манипулирование [1]. Оправдания этих поступков отличаются инфантильностью и абсурдностью и не вызывают у личности тревожной реакции. Нарушения в мышлении при этом полностью отсутствуют. Более того, антисоциальные личности обладают высокой степенью ориентировки в окружающих условиях и имеют повышенный уровень развития вербального интеллекта.

В МКБ-10 приводятся критерии, соответствующие диссоциальному расстройству личности:

- Отсутствие эмпатии, равнодушное отношение к чувствам окружающих
- Игнорирование социальных норм, безответственность
- Невозможность поддержания стабильных отношений при способности к их установлению
- Повышенная агрессивность, раздражительность, в том числе и возможность насильственного поведения
- Неспособность переработки негативного опыта и отсутствие чувства вины [39].

Таким образом, все рассмотренные типы психопатического развития личности формируются в определенном возрасте, затрагивают все сферы личности и приводят к постоянной социальной дезадаптации. Ригидность черт характера, специфических для каждого типа, не позволяет гибко подстраиваться под меняющиеся условия и эффективно решать возникающие

проблемы. Специфическое восприятие себя и окружающих мешает выстраивать эмпатические взаимоотношения с другими людьми и снижает уровень приспособления в обществе.

Акцентуации характера. Во времена изучения психопатий возникла необходимость отграничения их от уровня условной нормы. В. М. Бехтеревым упоминались состояния, находящиеся между нормальным уровнем развития и психопатическим [3]. П. Б. Ганнушкин называл такие состояния латентными психопатиями [10], Г. К. Ушаков – крайними вариантами нормального характера [49].

В 1968 году К. Леонгард ввел термин «акцентуированная личность». Но так как личность – понятие широкое и сложное, и включает в себя сферу наклонностей, способностей, интеллекта, мировоззрения и т.д. [33], то А. Е. Личко предложил использовать более точный термин для определения пограничных состояний между нормой и психопатией – акцентуация характера. В своем труде «Акцентуированные личности» К. Леонгард не дает диагностических критериев между акцентуацией и психопатией, поэтому, в зарубежных странах, фактически, термин «акцентуированная личность» подразумевал под собой диагноз психопатии [34].

Диагностические критерии П. Б. Ганнушкина позволяют отграничить акцентуации характера от психопатического развития. При акцентуациях отсутствуют все 3 признака:

1. Стабильность черт характера в течение всей жизни

Как правило, развитие акцентуаций приходится на период формирования характера, а с возрастом они сглаживаются.

2. Тотальность

Специфические черты характера проявляются только в определенных ситуациях и не наблюдаются при обычных условиях.

3. Социальная дезадаптация

Нарушение социальной адаптации либо временное, либо полностью отсутствует [34].

Кроме этих критериев, А. Е. Личко выделяет еще один значимый признак, позволяющий отделить акцентуацию от психопатии. При психопатии декомпенсация, аффективные реакции, социальная дезадаптация возникают при незначительных поводах, при любой травмирующей ситуации, даже если она не имеет существенных причин. При акцентуациях характера нарушения могут возникнуть исключительно в определенных ситуациях, когда происходит воздействие на слабое место в характере. Таким образом, А. Е. Личко дает следующее определение акцентуациям характера. Акцентуация характера – крайний вариант нормы, при котором определенные черты характера чрезмерно усиливаются, что приводит к избирательной уязвимости по отношению к конкретным психогенным воздействиям, в то время как к другим трудным ситуациям отмечается повышенная устойчивость [35].

Акцентуации характера не являются патологическим состоянием, а лишь предрасполагают к появлению других психогенных расстройств. Выделяются явные и скрытые акцентуации [34].

Явные акцентуации соответствуют крайним вариантам нормального развития. Постоянно наблюдаются определенные черты характера, но они, как правило, не нарушают социальную адаптацию субъекта. Заострение черт происходит в подростковом возрасте, и при воздействии психогенных травм в слабое место характера, может частично нарушаться поведение. С возрастом особенности характера либо сглаживаются, либо остаются заостренными.

Скрытые акцентуации относятся к уровню нормального развития. В обычных условиях черты характера либо слабо выражены, либо не наблюдаются вовсе. Однако, в условиях психической травмы особенности характера могут проявиться ярко и неожиданно.

Выделяют две наиболее известные классификации акцентуаций характера: классификация К. Леонгарда (1976) и А. Е. Личко (1977). Ниже приводится сравнительная таблица этих классификаций (Табл.2).

Таблица 2

Классификации акцентуаций характера

Типы акцентуированных личностей по К. Леонгарду (1976)	Тип акцентуации характера по А. Е. Личко (1977)
Демонстративный	Истероидный
Педантичный	Психастенический
Застревающий	-
Возбудимый	Эпилептоидный
Гипертимический	Гипертимный
Дистимический	-
Аффективно-лабильный	Циклоидный
Аффективно-экзальтированный	Лабильный
Эмотивный	
Тревожный	Сенситивный
Экстравертированный	Гипертимно-комформный
Интровертированный	Шизоидный
-	Неустойчивый
-	Комформный
-	Астеноневротический

Классификация А. Е. Личко предназначена для выявления акцентуаций в подростковом возрасте, так как именно в этот период происходит заострение черт определенного типа характера. Еще одной особенностью этой классификации является соответствие типов акцентуаций типам психопатий.

Классификация К. Леонгарда не содержит такие типы акцентуаций, как неустойчивая, комформная и астеноневротическая, которые часто встречаются в подростковом возрасте. Поэтому, для изучения этого вида дисгармонического развития, будет взята классификация А. Е. Личко, которая рассматривалась ранее [1].

Патологическое формирование личности. Впервые, термин «патологическое развитие личности» был предложен немецким психологом и психиатром К. Ясперсом в 1910 году. Этот термин обозначал изменения у

зрелой личности, подразумевающие заострение отдельных черт или приобретение новых, вследствие неблагоприятных условий. Применительно к детскому возрасту патологическое развитие личности стало рассматриваться с 1930-х годов [25]. Г. Е. Сухарева отмечает, что у детей патологические развития наблюдаются часто и связаны с незрелостью личности и легко изменяемым направлением ее формирования [24].

В. В. Ковалев в 1968 году предложил более точный термин для обозначения этого вида нарушения – психогенное патологическое формирование личности, обозначающее нарушение развития личности под воздействием хронических психотравмирующих факторов и неправильного воспитания. Его этиология разнообразна и зависит от характера психотравмирующей ситуации. В связи с тем, какой фактор воздействовал на личность, выделяется 4 варианта

1. Патохарактерологический вариант

К нему относятся семейные психотравмирующие ситуации и неправильное воспитание ребенка.

2. Невротический вариант

Формируется под воздействием затяжных невротических состояний.

3. Постреактивный вариант

Связан с тяжелыми и длительными реактивными состояниями.

4. Дефицитарный вариант

Наблюдается при наличии тяжелых физических дефектов или хронических заболеваний, приводящих к инвалидизации [16].

Кроме этих факторов, на патологическое формирование личности воздействуют и другие: акцентуация черт характера, резидуальная церебрально-органическая недостаточность, нарушение темпа полового созревания, социальная обстановка в семье и др [25].

Классификация патологических формирований личности по В. В. Ковалеву опирается на два критерия:

1. Особенности происхождения нарушений

О. В. Кербиков и В. Я. Гиндикин выделяют 2 механизма: закрепление определенных реакций в ответ на психотравмирующую ситуацию (реакция отказа, протеста, имитации, гиперкомпенсации и др.) и стимулирование нежелательных черт неправильным воспитанием[21].

2. Особенности главного синдрома

Патохарактерологический синдром определяется вышеназванными особенностями психогенеза и индивидуальными свойствами психики.

Рассмотрим варианты патологического формирования личности подробнее.

Патохарактерологическое формирование личности:

1. Аффективно-возбудимый вариант

Встречается наиболее часто и характеризуется склонностью к эмоциональным разрядам (гнев, раздражение и т.д.), которые неадекватны силе воздействия внешнего фактора. Таким реакциям сопутствуют агрессивные действия, гневливость, противодействие взрослым, готовность к конфликтам. По данным В. В. Ковалева, аффективно-возбудимый вариант формируется в условиях гипоопеки или длительных конфликтных ситуациях в семье, школе. Патологические черты характера закрепляются благодаря реакциям имитации и активного протеста.

2. Тормозимый вариант

При данном варианте тенденция к нарушению социальной адаптации менее выражена. Основными проявлениями тормозимого варианта являются неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, робость, лживость, склонность к астеническим реакциям. Формирование данного варианта происходит в условиях гиперопеки (чрезмерное воспитательное воздействие, постоянные запреты и ограничения, деспотизм родителей, унижения и физические наказания). Гиперопека со стороны родителей не позволяет ребенку проявлять активность и самостоятельно принимать решения. Поэтому у ребенка закрепляется зависимое поведение, неуверенность,

пассивность и боязливость. Черты тормозимости при этом формируются в реакциях отказа и пассивного протеста.

3. Истероидный вариант

Характеризуется демонстративностью, желанием привлечь к себе внимание, эгоистическими установками. Чаще всего истероидный вариант формируется в том случае, когда единственный ребенок в семье занимает положение кумира. Родители относятся к нему с обожанием, удовлетворяют любые требования ребенка и демонстрируют его мнимые или реальные достоинства. Таким образом, у ребенка закрепляется эгоистическая установка, нежелание учитывать интересы других людей и жажда признания. Кроме этого, в формировании истероидных черт может участвовать подражание ребенка театральному и демонстративному поведению родителей.

4. Неустойчивый вариант

При неустойчивом варианте у ребенка отсутствуют волевые задержки, наблюдается стремление к удовлетворению минутных желаний, уклонение от различного рода трудностей и отсутствие интереса к труду. По словам Г. Е. Сухаревой, такие черты характера закрепляются вследствие «оранжерейного воспитания» [24]. С раннего возраста родители ограждают ребенка от любых трудностей и не позволяют ему самостоятельно их преодолевать, не прививают ему усидчивость, умение сдерживать минутные желания, стремление достигать поставленную цель. Все обязанности ребенка также выполняются родителями. Поэтому, вследствие эмоционально-волевой незрелости, ребенок стремится имитировать поведение окружающих, в том числе и отрицательное.

Постреактивное патологическое формирование личности. Как говорилось ранее, данный вариант патологического формирования личности связан с затяжным и тяжелым реактивным состоянием. По данным В. В. Ковалева, реактивная депрессия или аффективно-шоковая реакция своим воздействием закрепляют такие патологические черты характера, как

ощущение виновности, неуверенности в себе и ревности. К реактивным состояниям, как правило, приводят тяжелые психические травмы, связанные с гибелью близких, убийством и т. д [25].

Невротическое формирование личности. Длительное невротическое состояние может приводить к социальной дезадаптации, ввиду ощущения человеком своей неполноценности. Как правило, данный вариант патологического формирования выявляется в пубертатном возрасте, когда степень самосознания личности достигает определенного уровня. В связи с разнообразием патологических черт выделяются истерическое, астеническое, ипохондрическое, обсессивно-фобическое и аффективно-возбудимое невротическое формирование личности [25].

Патологическое формирование личности дефицитарного типа. Ведущими механизмами в формировании дефицитарного типа являются: осознание ребенком своего дефекта, неполноценности, его изоляция от сверстников в связи с дефектом, неправильное воспитание и нестандартное отношение окружающих. Кроме этого, могут присутствовать и дополнительные факторы в виде нарушения полового созревания, резидуальной церебрально-органической недостаточности и сенсорных дефектов. Таким образом, психологические и биологические факторы интегрируются и формируют патологическую личность.

У детей с дефицитарным вариантом патологического формирования личности наблюдается сниженное настроение, ограничение в социальных контактах и уход в свои переживания. В связи с неправильным воспитанием ребенка, имеющего физические недостатки, происходит закрепление тормозимых или истероидных черт характера, формирующих иждивенческую установку [25].

Нарушения темпа полового созревания. Период полового созревания у подростков может иметь дисгармоничный характер: либо его темпы ускоряются, либо замедляются. Нарушения вегетативно-эндокринной регуляции, приводящие к ретардации или акселерации, обусловлены

церебрально-органической недостаточностью, либо генетической предрасположенностью [30]. При нормальном физиологическом развитии также может наблюдаться ускорение или замедление темпов полового созревания, однако, при дисгармоничном развитии эти процессы имеют более выраженный характер и приводят к значительным нарушениям в физической и психической сфере подростка [27].

Ретардация, или замедление темпа полового созревания, характеризуется недоразвитием моторики и эмоционально-волевой сферы: медлительность, неловкость движений, несамостоятельность, внушаемость. Двигательная и эмоциональная незрелость сочетается с избыточным речевым поведением: бессодержательностью рассуждений, болтливостью. В. В. Лебединский указывает на то, что такая чрезмерная вербализация имеет компенсаторный характер и связана с несостоятельностью личности в моторной сфере. Ретардация может иметь временный или стойкий характер: либо происходит сглаживание после пубертатного периода, либо моторные, эмоциональные и речевые нарушения наблюдаются и во взрослом возрасте.

Клинико-психологическим вариантом данной патологии является психическая неустойчивость. По словам К. С. Лебединской, неблагоприятным социальным фактором для формирования психической неустойчивости является безнадзорность. Нарушения в поведении подростка связаны с отсутствием ответственности, чувства долга, неспособностью соблюдать требования и правила, а также подражанием асоциальному поведению. В эмоциональной сфере наблюдается инфантильность: приподнятое настроение, общительность с отсутствием стойких привязанностей, эмоциональная поверхностность [28].

Акселерации, ускоренному половому созреванию, присущи раннее сексуальное развитие, односторонние взрослые интересы, аффективная взрывчатость и возбудимость. Подростки стремятся вести самостоятельный образ жизни и трудоустроиться. Однако, их намерения, зачастую, не осуществляются в связи с односторонними взрослыми установками,

мешающими им социально адаптироваться. «Образ взрослости» проявляется только во внешних атрибутах: в одежде, в причёске, в зарплате и т.д. В случае нормализации эндокринной системы проявления акселерации уменьшаются. Но при неблагоприятных условиях патологические черты ускоренного полового созревания могут служить основой для патологического развития личности [31].

Клинико-психологические варианты ускоренного полового развития – повышенная аффективная возбудимость и расторможенность влечений. Неблагоприятными факторами для формирования аффективной возбудимости служат конфликты в семье и школе, авторитарный стиль воспитания. Ограничения и запреты педагогов и родителей вызывают у подростков реакции протеста, оппозиции. При этом аффективные вспышки характеризуются непродолжительностью и невозможностью контролировать их. В психическом состоянии аффективно-возбудимых подростков преобладают раздражительность, конфликтность, готовность к дракам и ссорам[29].

В случае расторможенности влечений у родителей подростков отмечался асоциальный образ жизни: алкоголизм, воровство, сексуальная распущенность и т.п. В расторможении влечений у подростков наблюдались тяга к алкоголю, к бродяжничеству, садистские проявления, повышенная сексуальность. Асоциальное поведение проявлялось в хулиганстве с агрессией, сексуальной несдержанностью. Поступки характеризуются демонстративностью, развязностью, имитацией взрослого образа жизни. Расторможенность влечений, как правило, сочетается с аффективной возбудимостью, негативизмом, конфликтным отношением к семье и к школе [29].

Таким образом, дисгармоничное развитие представляет собой многоаспектную аномалию, которая может быть рассмотрена как с клинической точки зрения (психопатия), так и с позиций психологии личности. В этом случае дисгармоничное развитие понимается как

личностная деформация, которая может иметь различное происхождение, динамику и прогноз. Даже при незначительных нарушениях в работе нервной системы существенно повышается риск возникновения данного феномена.

2.2. Подростковый возраст как фактор риска возникновения дисгармоничного развития

В традиционной классификации подростковый возраст охватывает период с 11-12 до 14-15 лет. В подростковом возрасте, именуемым также переходным, происходит стремительное развитие и перестройка всего организма, обусловленная половым созреванием. Эндокринная система активизируется и приводит к интенсивному физическому и физиологическому развитию: изменяется состав крови, кровяное давление, структурная и функциональная церебральная активность, усиленно развивается костно-мышечная система и т.д [43]. Но переход подростка из детского состояния во взрослое имеет не только физический аспект, но и социальный. Ребенок выходит на гораздо более высокую социальную позицию и начинает искать свое место в обществе: появляется рефлексивное отношение к себе и к окружающим, изменяются и приобретают новый смысл привычные жизненные акценты [40]. Социальная ситуация включает в себя новую систему отношений с окружающими, при этом, на подростка существенное влияние оказывает коллектив сверстников. С ростом самосознания, которое интенсивно развивается в подростковом возрасте, связаны главные психические новообразования личности. Д. Б. Эльконин отмечает, что основным компонентом психического развития в этом возрасте является чувство взрослости. Оно представляет особую форму самосознания, которая имеет социальное происхождение и содержание, позволяет изменять поведение подростка, его оценку по отношению к себе и другим [51]. Взрослость – это стремление подростка быть и поступать как взрослый. Чувство взрослости проявляется в стремлении к самостоятельности, независимости, эмансипации от взрослых, признании своих прав другими людьми [12]. Т. В. Драгунова выделяет следующие виды взрослости:

1. Подражание внешним признакам

Копирование взрослых в одежде, косметике, украшениях, образе жизни и т.д. Является наиболее простым способом демонстрации своей взрослости.

2. Ориентация подростков на представления о "настоящем мужчине" и "настоящей женщине"

Включает не только внешние, физические качества, но и личностные.

3. Социальная взрослость

Овладение необходимыми умениями для осуществления видов деятельности взрослых людей. Социальная взрослость развивается в условиях сотрудничества подростка со взрослым, которое основывается на доверии и уважении.

4. Интеллектуальная взрослость

Стремление к самообразованию, появление устойчивых познавательных интересов[15].

Еще одним новообразованием данного возрастного периода является развитие рефлексии. Потребность в познании своего характера, возможностей, переживаний, иначе говоря, внутреннего мира возникает именно в подростковый период. Это связано с ростом самосознания, источником которого служат желание познать других людей и их оценку, касающуюся поведения и результатов деятельности самого подростка. По словам Е. Д. Божович, рефлексия начинает формироваться с того момента, когда подросток выделяет у себя определенные качества из своих поступков, обобщает их, осмысливает, а позднее относит их к особенностям своей личности.

Д. И. Фельдштейн выявил следующую динамику развития рефлексии:

- В 10-11 лет подростки осуществляют рефлексию по отношению к отдельным поступкам
- В 12-13 лет предметом анализа становятся собственный характер и взаимоотношения с людьми

- В 14-15 лет в структуре рефлексии возрастает критичность подростков к себе [47].

Высокая потребность в оценке и анализе самого себя и ограниченность возможностей в этом плане делает подростка чувствительным к мнению окружающих людей. Это оказывает существенное влияние и на самооценку, которая имеет важное значение в структуре личности и позволяет адекватно оценивать свои возможности, целесообразно регулировать свое поведение[5].

Д. И. Фельдштейном также была прослежена динамика формирования самооценки у подростков:

- В 10-11 лет треть подростков выделяют у себя только отрицательные характеристики, подчеркивая в себе большое количество недостатков и выделяя одну положительную черту, которая им нравится

- В 12-13 лет отрицательное отношение к себе проявляется ситуативно и зависит от оценок окружающих, главным образом сверстников

- В 14-15 лет появляется "оперативная самооценка", показывающая отношение подростка к себе и основанная на сравнении своих особенностей с нормами, представляющими идеал личности [47].

В подростковом возрасте происходит и моральное развитие. Возникают нравственные убеждения, которые впоследствии становятся мотивами деятельности и поведения. В своей ведущей деятельности – интимно-личностном общении со сверстниками – подросток в практическом плане усваивает нравственные нормы и ценности: учится уважению достоинства, верности, честности, готовности оказать помощь ближнему. В отношениях со сверстниками подросток реализует свою главную потребность – быть значимым для общества. В основе этих отношений лежит принцип равенства и справедливости, поэтому чувство взрослости имеет оптимальные условия для своего укрепления. Характер общения со сверстниками также меняется с течением времени:

- В 10-11 лет подросток желает находиться в окружении сверстников, совершать коллективные дела.
- В 12-13 лет появляется желание иметь определенное положение в коллективе своих сверстников.
- В 14-15 лет подросток стремится к независимости и ищет признание ценности своей личности [26].

Отношения со сверстниками подросток относит к сфере личных отношений, в которых он может действовать самостоятельно. Поэтому нетактичное вмешательство окружающих людей может вызывать у подростка протесты. По словам С. К. Масгутовой, фрустрированная потребность быть значимым в среде сверстников приводит к тяжелым негативным переживаниям и девиантному поведению. Таким образом, дружба и общение имеют большое значение для формирования личности: у подростка возникают новые интересы, развивается самооценка, появляется опыт взаимопомощи и взаимопонимания, формируется рефлексивное отношение к себе и окружающим, возможность выражать свои мысли, планы, мечтания и сравнение их со сверстниками, осваивается сфера личных взаимоотношений [13].

Взрослость подростка меняет и отношения с родителями. Критикуется их образ жизни, установки, образы действий, но эмоциональные связи продолжают оставаться крепкими [17]. В связи с особенностями эмоциональной сферы подростков, легкостью возникновения эмоционального напряжения, может наблюдаться "аффект неадекватности", когда возникает бурная эмоциональная реакция из-за незначительных поводов [40]. Все это осложняет взаимоотношения подростков и родителей, делая их конфликтными и противоречивыми. Взаимоотношения со взрослыми имеют двойственный характер: с одной стороны, подросток нуждается в опеке, защите, помощи и поддержке, а с другой – требует признания своего равноправия. Зачастую, близкие люди оказываются

неподготовленными к взрослению своего ребенка. Они продолжают контролировать его, ограничивать самостоятельность, навязывать свои образцы поведения. Такая тактика со стороны родителей вызывает у подростка протесты в форме упрямства, непослушания, грубости, агрессивности. Преодоление конфликта возможно в том случае, если взрослый сам проявит инициативу и будет сотрудничать с ребенком на основе взаимопонимания и взаимопомощи, а подросток обретет самостоятельность, которая соответствует его возможностям, социальным требованиям и позволяющая взрослым влиять на него [41].

Кроме сферы общения, еще одной важной областью подросткового возраста являются интересы и увлечения. По мнению Л. С. Выготского, проблема интересов – ключ к изменениям в подростковом периоде. Он выделял несколько фаз этого возраста и связывал их с преобразованиями сферы интересов:

1. Негативная или отрицательная фаза

На этом этапе отсутствуют определенные и устойчивые интересы, в связи с отмиранием прежних, появляется сексуальное влечение, снижается продуктивность в деятельности, нарастает общее беспокойство, стремление к одиночеству. Продолжительность негативной фазы – 8-9 месяцев. Ее окончание характеризуется повышением успеваемости, продуктивности, но также беспокойством, пассивностью, снижением настроения и спадом интересов.

2. Положительная фаза (фаза утверждения)

В этой фазе происходит зарождение серьезных интересов. В их группу входят такие доминанты как доминанта дали, направляющая внимание подростка на большие перспективные цели, доминанта усилия, способствующая волевому напряжению, преодолению и доминанта романтики, выражающаяся в стремлениях подростка к рискованному, неизведанному, к социальному героизму [9].

В отдельную категорию психических явлений, важных в подростковом возрасте, А. Е. Личко выделяет увлечения и классифицирует их следующим образом:

1. Интеллектуально-эстетические

Увлечения этой группы связаны с серьезным интересом к выбранному делу. К ним же относится изобретение или конструирование чего-либо (музыка, радиотехника, рисование, разведение животных, увлечение историей и т.п).

2. Телесно-мануальные

К этой группе увлечений можно отнести все то, что тренирует у подростка силу, ловкость, выносливость, либо другие ручные навыки: спорт, вышивание, вождение автомобиля и т. д.

3. Лидерские

Увлечения, в которых подросток реализует свои организаторские и руководительские навыки.

4. Накопительские

В эту группу входит коллекционирование в любых проявлениях.

5. Эгоцентрические

Подразумевают под собой желание подростка находиться в центре внимания: продемонстрировать свои успехи, показать оригинальность увлечений (участие в ансамблях, в спортивных соревнованиях, интерес к необычной одежде, изучению иностранных языков, рисованию и т.п.).

6. Азартные

7. Информативно-коммуникативные

Подросток стремится к получению новой информации, которая не требует от него критического анализа, устанавливает множество поверхностных контактов (пустые беседы, просмотр фильмов) [35].

Как говорилось ранее, подростковый возраст – период интенсивного биологического и социального развития. В связи с этим, он может служить фактором риска возникновения дисгармоничного развития и приводить к

психическим и психофизиологическим нарушениям. Л. С. Выготский отмечал, что переходный возраст создает условия, которые делают подростка чувствительным к различного рода внешним воздействиям и обостряет, проявляет конституциональные задатки, находящиеся до этого в скрытом состоянии [9]. Таким образом, в подростковый период впервые возникают или усиливаются различные патологические реакции. По данным специалистов, шизофрения в подростковом возрасте возникает в 3-4 раза чаще, чем в другой возрастной категории [36].

Нервно-психическая сфера подростков отличается неустойчивостью и дисгармонией. Появляется повышенная чувствительность к собственным переживаниям, застенчивость, тормозимость, но в то же время – самоуверенность и развязность. Самостоятельность, желание освободиться от опеки родителей, критицизм могут преобразоваться в реакцию протеста. Интерес к своему внешнему виду, развитие сексуального влечения и сензитивность к оценке окружающих людей могут приводить к конфликтным переживаниям. Сочетание таких факторов, как дисгармония, острота протекания полового созревания и склонность к декомпенсации недостаточного функционирования нервной системы способствуют проявлению душевных заболеваний, заострению патологических черт характера, возникновению синдромов, характерных для ускорения или задержки полового созревания, склонности к патологическим реакциям, обусловленными ситуационными обстоятельствами [27].

Увеличение количества психических расстройств в данном возрасте привело к появлению такой узконаправленной специальности как подростковая психиатрия. Акселерация развития, начавшаяся в 80-х годах, социально-экономический рост, влияющий на образ жизни и взгляды людей, также способствовали дисгармоничному развитию личности в этом возрасте [35].

Таким образом, задержка психического развития является одним из факторов, на основе которого может происходить дисгармоничное развитие

личности, основными моделями которого являются психопатии, акцентуации характера, патологическое формирование личности и нарушение темпа полового созревания. Не только эндогенные, но и экзогенные причины могут способствовать возникновению диспропорциональности в эмоционально-волевой сфере человека. Социальное окружение является важным компонентом в личностном развитии: ребенок интериоризирует информацию, поступающую из окружающей среды, и она наслаивается на индивидуальную биологическую основу. Поэтому искажения в социально-психологическом воздействии на ребенка будут отражаться и на его характере. Такое продолжительное отрицательное влияние может нарушать баланс адаптивных систем, в результате чего развивается дисгармоничность личности.

Подростковый возраст, являющийся критическим, повышает чувствительность ребенка к воздействиям среды и обостряет возникновение различных патологических реакций. Поэтому адекватные формы взаимодействия с детьми данной возрастной категории могут свести к минимуму патохарактерологические проявления личности.

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСГАРМОНИЧНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

3.1. Методики экспериментального исследования проявлений дисгармоничного развития у детей подросткового возраста

Для решения экспериментальных задач были подобраны следующие диагностические методики:

1) Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)

Цель: определение в подростковом возрасте типов характера при психопатиях, психопатическом развитии и акцентуациях характера.

Материал: регистрационный лист (*Приложение 1*).

Инструкция: «Поставьте в графе «Наиболее подходящие ответы» номера тех ответов, которые Вам наиболее подходят. Более трех выборов по одной теме делать не разрешается».

«В графе «Наиболее отвергаемые ответы» поставьте номера тех ответов, которые Вам не подходят. Более трех выборов по одной теме делать не разрешается».

Обработка данных: Результаты исследования определяются с помощью специального кода. В каждой теме опросника перечислены номера выборов и баллы, начисляемые за них. Для подсчета баллов используется график (*Приложение 2*), на котором суммарно откладываются баллы, полученные в 1-м и 2-м исследованиях. К ним дополнительно приплюсовываются баллы, начисляемые за показатели по графику. Оценка графика проводится в следующем порядке:

- Конформность (показатель К)

$K = 0$ или $K = 1$ – низкая конформность

$K = 2$ или $K = 3$ – умеренная конформность

$K = 4$ или $K = 5$ – средняя конформность

$K = 6$ или более – высокая конформность

- Негативное отношение к исследованию (показатель O)

$O = 7$ или более – скрытое негативное отношение к исследованию

- Определение склонности к диссимуляции

При $D > T$ на 4 балла и более – возможна диссимуляция

- Повышенная откровенность

$T > D$

- Возможность органической природы психопатии или акцентуации (индекс B)

$B = 5$ или более баллам

- Определение уровня реакции эмансипации в самооценке (показатель E)

$E = 0$ или $E = 1$ – слабая реакция

$E = 2$ или $E = 3$ – умеренная реакция эмансипации

$E = 4$ или $E = 5$ – выраженная реакция эмансипации

$E = 6$ или более – очень сильная

- Склонность к делинквентности (показатели df для девочек и dm для мальчиков)

$dm / df = 4$ балла и более

- Риск ранней половой жизни (показатель s)

$s = +1$ или более – возможный риск

$s = 0, -1, -2$ – неясный результат

$s = -3$ и ниже – риск отсутствует

- Черты мужественности – женственности в системе отношений

Если $M - \Phi$ = положительный результат, то преобладают черты мужественности. Если $M - \Phi$ = отрицательный результат, то преобладают черты женственности.

- Психологическая склонность к алкоголизации (показатель V)

Суммируются баллы за выборы по теме «Отношение к спиртным напиткам».

V = +2 и выше - возможность психологической склонности к алкоголизации

V = 0 или V = +1 – результат неопределенный

V = -1 и ниже - психологическая склонность отсутствует

- Диагностика типов акцентуаций характера и психопатий

Данный этап является главной диагностической процедурой и осуществляется по определенным правилам [35]. В результате выявляется один тип или сочетание типов.

- Определение наличия дискордантности характера
- Риск социальной дезадаптации
- Возможность формирования психопатий
- Склонность к депрессии (Дп)

Дп = +2 и выше - риск депрессии

Дп = 0 или Дп = +1 – неопределенный результат

Дп = -1 и ниже – риск депрессии отсутствует

- Риск злоупотребления наркотиками (N)

N = 4-6 баллов – очень высокий риск

N = 3 – выраженный риск

N = 2 – умеренный

N = 0 или 1 – риск отсутствует

- Диагностика истинных и демонстративных суицидных попыток

(Su)

Su = (от +1 до +5) – истинная попытка

Su = 0 – неопределенный результат

Su = (от -1 до -5) – демонстративная попытка

- Риск ранней половой жизни у девочек (s)

$s = +1$ и выше – риск присутствует

$s = 0, -1, -2$ = неясный результат

$s = -3$ и ниже – риск отсутствует

В завершение на испытуемого составляется психологическое заключение по данным методики ПДО.

2) Детский тест «Рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга

Цель: диагностика способов поведения в ситуациях фрустрации. Выявление индивидуальных способов преодоления препятствий, эмоционального отношения к ним, определение характера вербального реагирования, оценка действий субъекта.

Материалы: 24 контурных рисунка с различными фрустрирующими ситуациями из повседневной жизни (*Приложение 3*), оценочный бланк (*Приложение 4*).

Инструкция: Ребенку выдается набор картинок. При предъявлении первой картинки сообщается следующее: «Перед тобой несколько карточек и на каждой из них нарисованы люди, которые что-то говорят или делают. Один из них всегда что-то говорит другому, а другой что-то отвечает. Но ответ человека нам неизвестен. Тебе необходимо придумать и записать первый ответ, который придет в голову».

Обработка данных: Данные, полученные в ходе тестирования, подвергаются обработке в несколько этапов.

I. На первом этапе каждый ответ ребенка оценивается по двум категориям и обозначается соответствующими буквами:

1) Направление реакции (агрессия может быть ориентирована на внешнее окружение или во внутрь, на самого себя)

По направлению различают три вида реакций:

- Экстрапунитивные (Е) -внешненаправленные

Агрессия выражается на обстоятельства, социальное окружение или предметы.

- Интропунитивные (I) - внутренненаправленные

Субъект направляет агрессию на самого себя.

- Импуниитивные (M) - нейтральные

Реакции, которые лишены агрессии или обвинений.

2) Тип реакции (определяет доминирующее содержание: препятствие, самозащита или решение проблемы)

Выделяют также три типа реакций:

- Реакции «с фиксацией на препятствии» (O-D)

Испытуемый акцентирует внимание на отсутствии или наличии препятствия, степени его значимости или оценивает препятствие как благо.

- Реакции «с фиксацией на самозащите» (E-D)

В ответах акцентируется внимание на защите своего «Я». Испытуемый отрицает самого себя или других, или никому не приписывает обвинение.

- Реакции «с фиксацией на удовлетворении потребности» (N-P)

Испытуемый пытается разрешить ситуацию каким-либо способом. Либо просит помощи у других людей, либо решает проблему самостоятельно, либо выражает надежду, что трудности с течением времени устраняться.

Сочетание всех названных категорий образует 9 основных факторов, а также два дополнительных. На основе этого создается профиль фрустрационных реакций (Табл. 3).

Таблица 3

Профиль фрустрационных реакций

Направление реакции	Тип реакции		
	O-D	E-D	N-P
E	E'	E (<u>E</u>)	e
I	I'	I (<u>I</u>)	i
M	M'	M	m

В приложении 4 представлен образец оценочного бланка. Каждый ответ заносится в таблицу, расположенную в левой части бланка, с учетом расположения факторов по трем колонкам: O-D / E-D / N-P/. Затем

подсчитывается частота, с которой встречается каждый из 9 основных факторов. Каждый ответ испытуемого оценивается в 1 балл. При кодировании ответа несколькими факторами оценка пропорционально делится между ними. Суммарные оценки, полученные для всех категорий, приводятся в абсолютных значениях и в процентах. Результат отмечается в таблице, расположенной в правом верхнем углу протокола.

Подсчитанные таким образом направления и типы реакций представляют собой профиль фрустрационных реакций. Все значения профиля сравниваются с нормативными показателями для категорий и факторов.

II. На следующем этапе определяются паттерны поведения, и рассматривается соотношение факторов относительно друг друга. Общий паттерн позволяет получить представление о доминирующих формах поведения.

В общем паттерне рассматриваются три аспекта:

- 1) Частота направления реакций (E,I,M)
- 2) Частота типов реакций (O-D, E-D, N-P)
- 3) Частота наиболее встречающихся факторов

Каждый аспект общего паттерна записывается следующим образом: наиболее «сильный» по значению фактор или категория отделяется от следующего за ним знаком > (например, E>M>I). Два одинаковых по значению фактора или категории заключаются в скобки и разделяются знаком = (например, E>(I=m)>E').

Отдельно подсчитываются паттерны, встречающиеся в ситуациях обвинения. Они относятся к паттернам Супер-эго (S-E паттерны) и позволяют оценить характер защиты испытуемого - либо причастность к проступку отрицается, либо оспаривается ответственность за него.

Выделяют шесть показателей S-E паттернов:

- 1) E – субъект отрицает свою причастность к поступку.
- 2) I– указывает на склонность к оправданию своих поступков.

3) $\underline{E} + \underline{I}$ – общий показатель для реакций самозащиты в ситуациях обвинения: отклонение от них и уход от ответственности.

4) $E - \underline{E}$ – указывает на «чистую» агрессию.

5) $I - \underline{I}$ – указывает на способность извиняться из чувства вины, признавать свою ответственность.

6) $M + \underline{I}$ – общий показатель безобвинительных реакций, который отражает склонность к оправданию и снятию ответственности с себя и других.

Все результаты исследования общих и S-E паттернов заносятся в соответствующие таблицы, находящиеся в оценочном бланке.

III. Третий этап включает в себя оценку тенденций, которые позволяют установить изменение поведения испытуемого в ходе тестирования, когда он перестраивается с одного типа и направления реакции на другой.

Наличие тенденций в ответах, независимо от характеристики, указывает на сниженную фрустрационную толерантность и нестабильность реакций.

Вычисление тенденций производится следующим способом: $(a - b) / (a + b)$, где a – количественная оценка категории или фактора в первой половине теста, b – количественная оценка во второй половине теста.

Обозначается тенденция в виде стрелки, на конце которой указана категория или фактор. Над стрелкой записывается числовое значение тенденции со знаком (-) или (+). При этом, положительная тенденция обнаруживается, если необходимый фактор или категория преобладают в первой половине теста, и наоборот, если отмечается преобладание во второй половине теста, то присутствует негативная тенденция.

Тенденция имеет значимость, если она подсчитывается на основании не менее 4-х ситуаций теста и имеет минимальное значение $\pm 0,33$. Вычисляется пять типов тенденций:

- 1) При первом типе тенденций рассматриваются направления реакций в колонке O-D (E', I', M')
- 2) При втором типе – направления реакций в колонке E-D (E, I, M)
- 3) Третий тип тенденций – направление реакций в колонке N-P (e, i, m)
- 4) Четвертый тип рассматривает направления реакций в целом в первой и второй половинах теста (E, I, M)
- 5) При пятом типе тенденций анализируются типы реакций O-D, E-D, N-P.

Таким образом, с помощью тенденций можно выяснить, как меняется характер поведения испытуемого в ситуациях фрустрации.

IV. Последний этап включает в себя вычисление показателя GCR, который обозначает меру социальной адаптации ребенка к своему окружению.

Величина этого показателя вычисляется путем сопоставления оценок ответов испытуемого с таблицей стандартных ответов. Совпадение стандартного ответа с ответом испытуемого оценивается в 1 балл. Если ситуация имеет две оценки по таблице ответов, то при наличии любой из них или их комбинации в индивидуальном протоколе испытуемому также начисляется 1 балл. Если ответ ребенка имеет двойную оценку, но только одна ее часть соотносится со стандартом, то ответу приписывается 0,5 балла. На основании этого подсчитывается общее количество баллов GCR. Далее, эти баллы переводятся в проценты и сравниваются с нормативными показателями.

В завершение вычислений по всем указанным показателям производится интерпретация тестовых данных. Более подробная информация по проведению и анализу данной методики содержится в практическом руководстве Е. Е. Даниловой «Детский тест «Рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга» [11].

3) Рисованный апперцептивный тест (адаптированный Л. Н. Собчик)

Цель: выявление глубинных переживаний, внутренних конфликтов, сферы нарушенных межличностных отношений.

Материал: 8 картинок с изображением двух или трех человечков (*Приложение 5*), лист для записи ответов.

Инструкция: «Рассмотри каждую картинку и постарайся сочинить по ней небольшой рассказ, в котором будут отражены следующие аспекты:

1. Что происходит в данный момент
2. Кто эти люди
3. О чем они думают и что чувствуют
4. Что привело к этой ситуации и чем она закончится

Постарайся не использовать сцены из фильмов или литературных произведений, а подключи фантазию и воображение».

Обработка данных: Анализ сюжетов производится следующим образом:

1) 1-я картинка выявляет отношение испытуемого к проблеме власти и унижения. Необходимо отметить, какому персонажу испытуемый уделяет больше внимания и приписывает более сильные чувства и эмоции, приводит доводы в его оправдание и т.д. Об эмоциональной значимости сюжета может говорить также и размер рассказа.

2) 2-я картинка отражает конфликтную ситуацию между двумя людьми, отношения которой переживаются третьим лицом, не имеющим возможности разрешить эту ситуацию. В данном случае третье лицо занимает индифферентную позицию и идентифицируется с испытуемым.

3) 3-я картинка выявляет конфликты в сфере личных отношений. В ней также освещаются проблемы одиночества, фрустрированной аффилиативной потребности, покинутости, неприятия в коллективе.

4) 4-я ситуация может рассматриваться испытуемым как аналогичная предыдущей или подразумевать служебный конфликт. Данная ситуация отражает те же проблемы, что и на 3-й картинке.

5) 5 –я картинка указывает на конфликт между двумя людьми, а третье лицо занимает пассивную позицию по отношению к ним. В этой ситуации испытуемый зачастую описывает спор, и стремится обвинить другого человека, а себя оправдать.

6) 6-я картинка выявляет значимость агрессивных реакций испытуемого в ответ на несправедливость, либо жертвенную позицию, приниженность.

7) На 7-й картинке показан конфликт между двумя людьми, а третье лицо пытается в него вмешаться. Если тема значима для испытуемого, то он аргументирует свою правоту и переживает обиду, которые разрешаются взаимной агрессией персонажей. При идентификации испытуемого с определенным героем необходимо отметить, какую позицию он занимает: экстрапунитивную или интропунитивную.

8) 8-я картинка освещает проблему, в которой индивид отвергается объектом аффилиативной привязанности, либо сбегает от преследования отвергаемой им личности. При идентификации себя с каким-либо героем у испытуемого наблюдается тенденция приписывать подробные переживания и мысли тому персонажу, который идентичен с испытуемым по полу [48].

4) Тест «Дом-дерево-человек»

Цель: изучение текущей жизненной ситуации ребенка

Материалы: альбомный лист, цветные карандаши, бланк рисуночного опроса (*Приложение 6*).

Инструкция: «Нарисуй дом, дерево и человека»

Обработка данных: После завершения рисунка с испытуемым проводится опрос по определенному плану (*Приложение 7*). Далее, каждый элемент рисунка анализируется отдельно. Полный список рассматриваемых признаков, а также их интерпретация приводится в учебном пособии

Е.И.Рогова «Настольная книга практического психолога в образовании» [45], в практическом руководстве А. Л. Венгер «Психологическое консультирование и диагностика (Часть1)» [7] и в книге З. Ф. Семеновой «Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом — Дерево — Человек» [46].

3.2. Результаты констатирующего этапа эксперимента

Эксперимент проводился на базе ГКОУ СО «Екатеринбургская школа-интернат № 9, реализующая адаптированные основные общеобразовательные программы»

С целью изучения дисгармоничных вариантов развития личности у детей подросткового возраста была выбрана группа из 6 человек, возраст 14-15 лет.

При организации условий и проведении диагностического исследования учитывались следующие принципы работы:

- конфиденциальность;
- компетентность;
- гуманизм;
- ответственность.

Для изучения особенностей личностной сферы у детей подросткового возраста были подобраны следующие методики:

- *Патохарактерологический диагностический опросник для подростков (ПДО)*
- *Детский тест «Рисуночной фрустрации» С. Розенцвейга*
- *Рисованный апперцептивный тест (адаптированный Л. Н. Собчик.)*
- *Тест «Дом-дерево-человек»*

Результаты патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО).

Анализ полученных данных по методике А. Е. Личко показал, что у 3 из 6 детей (30%) присутствуют шизоидные черты характера. Еще одной наиболее встречающейся чертой является неустойчивость, которая отмечена

у 2 из 6 испытуемых (20%). Остальные черты, представленные на диаграмме, появляются единично и соответствуют 10% (Рис.1).

Такое процентное соотношение обусловлено тем, что у подростков чаще встречаются смешанные типы акцентуаций.

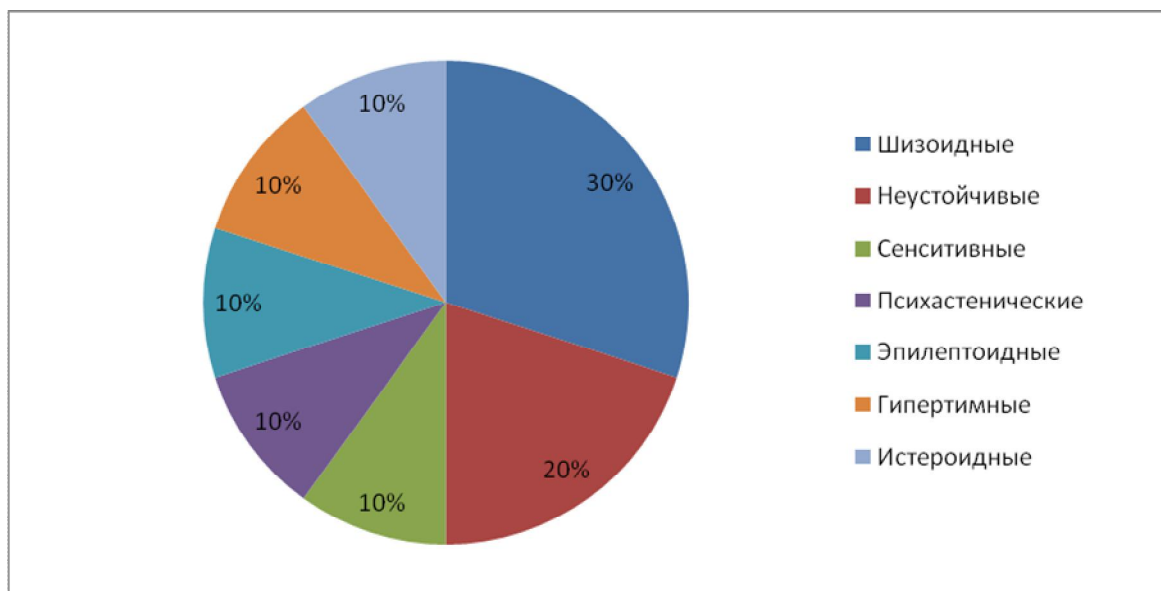


Рис.1. Распределение испытуемых в зависимости от преобладающих черт характера

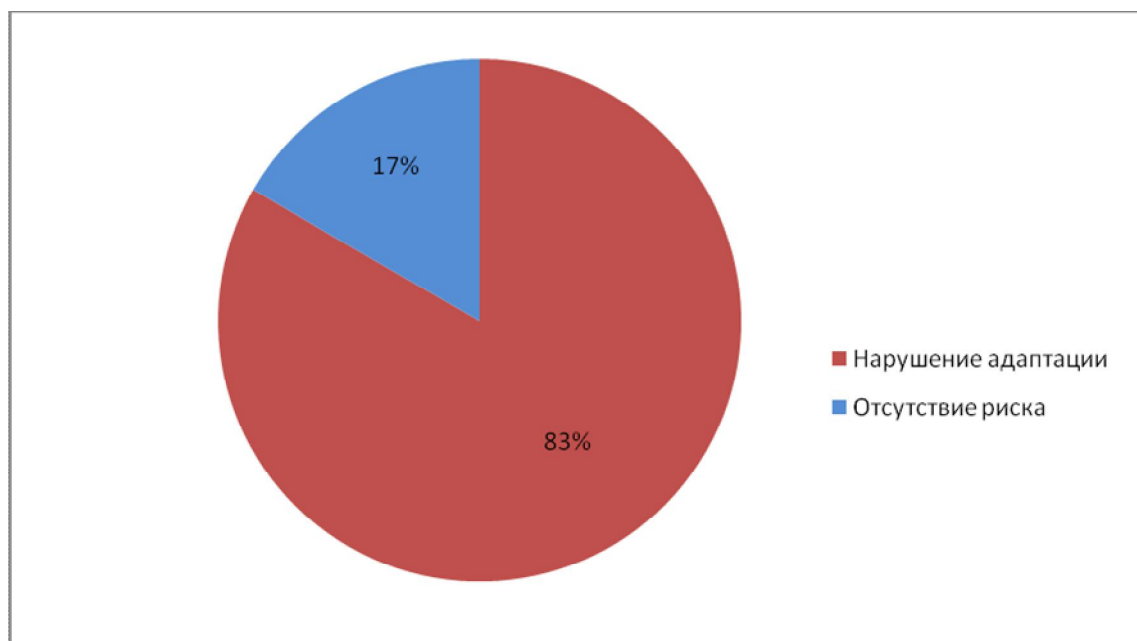


Рис.2. Показатели риска социальной дезадаптации у испытуемых

Кроме этого, необходимо отметить, что у 5 из 6 детей (83%) отмечается риск социальной дезадаптации (Рис.2).

Качественный анализ результатов исследования по каждому ребенку

Надя Б.

По результатам исследования выявляется акцентуация шизоидного типа. У подростка наблюдаются трудности в установлении новых контактов, закрытость внутреннего мира от других людей, стремление проводить время в одиночестве.

По результатам патохарактерологической диагностики отмечается повышенная откровенность при заполнении опросника. Исследование характерологических особенностей выявило умеренную конформность, однако реакция эмансипации является выраженной. Подросток не привык слушать критику и возражения в свой адрес и всегда делает по-своему. В системе отношений преобладают черты мужественности. Присутствует риск социальной дезадаптации в связи с отстраненностью, сдержанностью, избеганием новых знакомств и любовью к одиночеству. Отмечается риск возникновения депрессии ($D=3$) и риск истинного суицида ($Su=+2$) (Приложение 7).

Оксана Х.

При характерологическом исследовании выявлен гипертимно-неустойчивый тип акцентуации с истероидными и шизоидными чертами. Подросток всегда чувствует себя бодрым и полным сил, настроение очень хорошее, уныния и грусти не бывает, но иногда проявляется ожесточенность и гнев. Отмечаются легкость в установлении новых контактов, общительность, приподнятое настроение, любовь к приключениям и риску, лидерская позиция среди сверстников. Черты неустойчивости проявляются в выпивке в веселой компании и прогулах, с целью развлечений.

В результате исследования обнаружен умеренный уровень конформности и сильный уровень эмансипации. Девочка считает, что родные не понимают ее, не любит правила, стесняющие ее, критику и возражения не принимает и не переносит наставлений, особенно в начальственном тоне. В отношениях полностью преобладают черты мужественности. Дискордантность характера проявляется в наличии

полярных гипертимных и шизоидных черт. Готовность в любое время к новым контактам, позиция лидера сочетаются со стремлением находиться в одиночестве, новое привлекает лишь тогда, когда соответствует ее интересам и принципам. Существует высокий риск социальной дезадаптации. Высокие показатели склонности к алкоголизации связаны с чертами истероидности и представляют собой выставление напоказ своего пристрастия к выпивкам. Однако отмечается очень высокий риск злоупотребления наркотическими веществами. При данном типе акцентуации в сочетании с истероидными чертами суицидные попытки будут иметь демонстративный характер (Приложение 8).

Полина К.

В результате исследования выявлен психастенический тип акцентуации в сочетании с чертами неустойчивого типа. У подростка наблюдаются нерешительность, мнительность и опасения за будущее, склонность к самоанализу. Девочка переживает за родителей, особенно за мать, за неприятности, которые могут возникнуть в будущем, новое тревожит и беспокоит. Для нее характерны также частые и долгие размышления о правильности своих поступков в отношении окружающих, нерешительность в защите себя от критики. Черты неустойчивости проявляются в неприятных мыслях по поводу учебы, в мало интересующей теме полового влечения, в легко меняющихся дружеских отношениях и стремлении находиться в коллективе. Несмотря на беспокойство о своем будущем, девочка не любит раздумывать о нем.

При характерологическом исследовании обнаруживается умеренный уровень конформности и эмансипации. Подросток считает критику в свой адрес несправедливой, не любит правила, которые ее стесняют. В процессе тестирования отмечается повышенная откровенность в ответах. Склонность к алкоголизации отсутствует, однако периодически проявляется тяга к нему. Вероятно, это помогает снимать тревогу, неуверенность и напряжение, постоянно присутствующие в самочувствии девочки. Кроме этого, есть риск

начала употребления наркотических и дурманных веществ. Дискордантность характера обуславливается личностной дезинтеграцией ввиду противоположных черт в характере (*Приложение 9*).

Света Ф.

По результатам исследования выявлена сенситивно-шизоидная акцентуация. У подростка наблюдаются застенчивость, замкнутость, робость при контакте с посторонними людьми, однако в привычном для себя окружении девочка достаточно общительна. Отсутствует склонность к алкоголизации и делинквентности. Отмечаются трудности в установлении новых контактов, стремление к одиночеству. В проявлении чувств девочка сдержанна, ни с одним из сверстников не вступает в плотный эмоциональный контакт.

Характерологическое исследование указывает на среднюю конформность и умеренную эмансипацию. Девочка стремится ничем не отличаться от других, однако критику и возражения в свой адрес не принимает. В отношениях преобладают черты мужественности. Велик риск социальной дезадаптации в связи с повышенной тревожностью, настороженностью к новым контактам и любовью к одиночеству. Отмечается также риск истинного суицида ($Su=+1$) (*Приложение 10*).

Слава Л.

По результатам исследования выявлена возможность формирования психопатии по неустойчивому типу с высоким риском социальной дезадаптации. В поведении подростка наблюдается слабоволие: мотивация к обучению снижена, школьные занятия утомляют и тяготят, выполнение заданий осуществляется под контролем учителя, подчиняется старшим нехотя. Обнаруживается тяга к безделью, праздности и удовольствиям. С товарищами сбегал с уроков в кино или погулять. Предпочтение отдается нахождению в коллективе, в котором следует за авторитетными людьми. Склонность к алкоголизации отсутствует, однако подросток замечается за курением. Кроме неустойчивости, присутствуют и черты гипертимности и

эпилептоидности. Всегда бодрый и полный сил, с хорошим настроением, Слава может проявлять гнев и ожесточенность.

При характерологическом исследовании был выявлен высокий уровень конформности, однако в такой же степени подросток стремится и к эмансипации. Считает, что не следует выделяться среди окружающих, но и не любит, когда его опекают или принимают за него решения, правила и распорядки стесняют и вызывают желание их нарушить. Дискордантность характера проявляется в структуре личности в полярных чертах: новое тревожит и беспокоит, но вместе с тем обнаруживается тяга к приключениям, в том числе и опасным. Страх одиночества, желание находиться среди людей сочетается с трудностями установления новых контактов. Постоянное соблюдение правил и законов сосуществует с неприязнью к ним (*Приложение 11*).

Фаина К.

По результатам исследования выявлен шизоидно-эпилептоидный тип акцентуации. У подростка наблюдается замкнутость, сдержанность, трудности в установлении новых контактов, уверенность в том, что окружающие не понимают ее. Школе посещает нерегулярно, в общественной работе не участвует. Новое привлекает, если соответствует ее принципам и интересам. С детства девочка стремится к порядку и аккуратности, иногда, вместо школьных занятий с товарищами может отправиться в кино или на прогулку. Во время критики не всегда может сдержать свой гнев.

При характерологическом исследовании обнаружена умеренная конформность и высокий уровень эмансипации. Возражения и критику не слушает, делает и думает по-своему. В процессе тестирования отмечено скрытое негативное отношение к исследованию, поэтому достоверность результатов снижается. Высокие показатели склонности к делинквентности не обнаруживают себя в жизни подростка, что часто проявляется при шизоидном типе. Склонность к алкоголизации отсутствует. Подросток испытывает отвращение и страх к спиртным напиткам. Отмечается

дискордантность характера ввиду наличия противоположных черт эпилептоидного и сенситивного типа: интерес к новому сочетается с тревогой и беспокойством, непереносимость одиночества – с боязнью вступить в контакт и избеганием новых знакомств. Также высок риск социальной дезадаптации и риск истинного суицида (*Приложение 12*).

Результаты детского теста «Рисуночной фрустрации»
С. Розенцвейга. Анализ полученных данных по направлениям реакции у подростков:

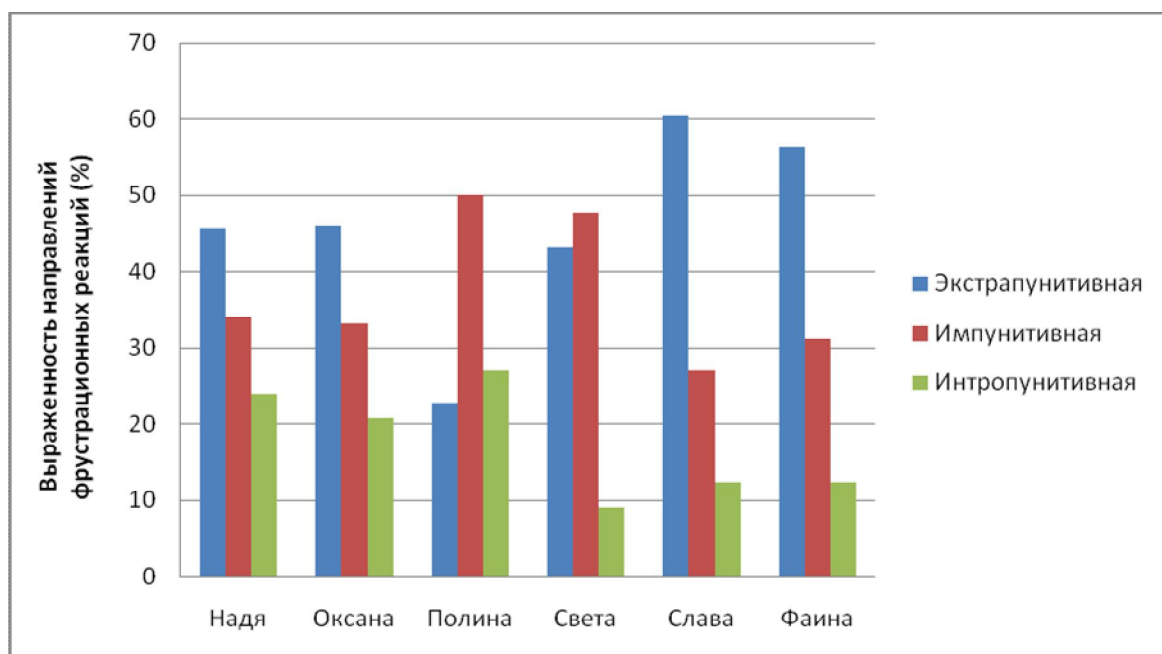


Рис.3. Выраженность показателей направленности фрустрационных реакций у испытуемых (%)

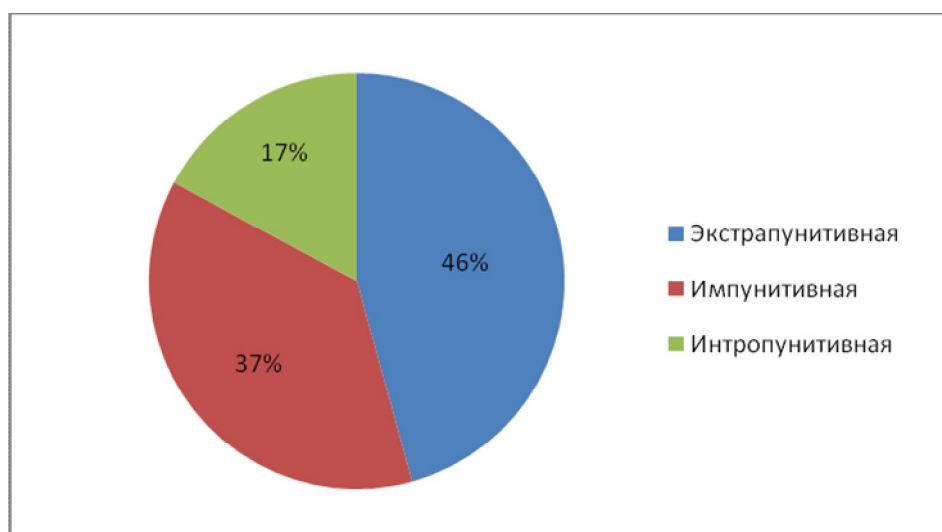


Рис. 4. Процентное соотношение экстрапунитивных, импунитивных и интропунитивных направлений реакции среди всех испытуемых

- Наиболее преобладающей реакцией является экстрапунитивная (внешненаправленная). Это говорит о том, что дети занимают обвинительную позицию и не желают брать на себя ответственность за случившееся. Ее среднее значение составляет 46% (Рис. 4).

- Следующей по выраженности реакцией является импунитивная (нейтральная). Она предполагает, что ребенок занимает нейтральную позицию и снимает ответственность за происходящее не только с себя, но и с других. Среднее значение – 37% (Рис.4).

- Наименее выраженная реакция - интропунитивная (внутренненаправленная). Она подразумевает признание ребенком своей виновности и готовность взять ответственность за ситуацию. Ее среднее значение составляет 17% (Рис.4).

Анализ данных по типам фрустрационных реакций:

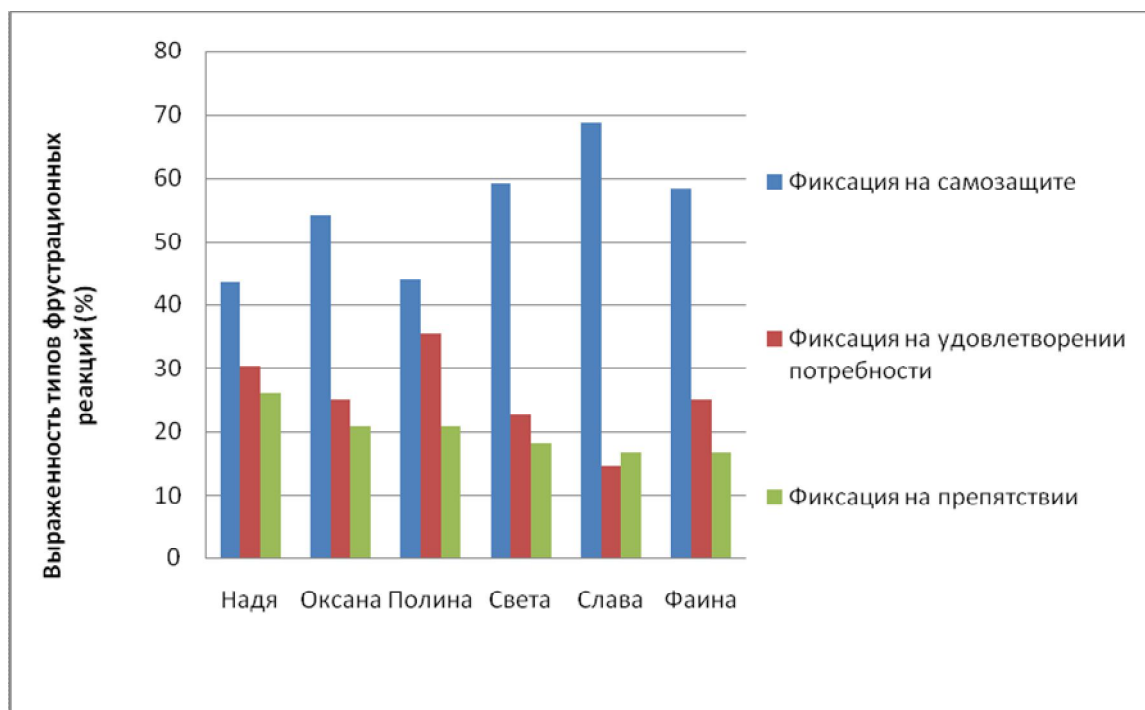


Рис. 5. Выраженность показателей типов фрустрационных реакций у испытуемых (%)

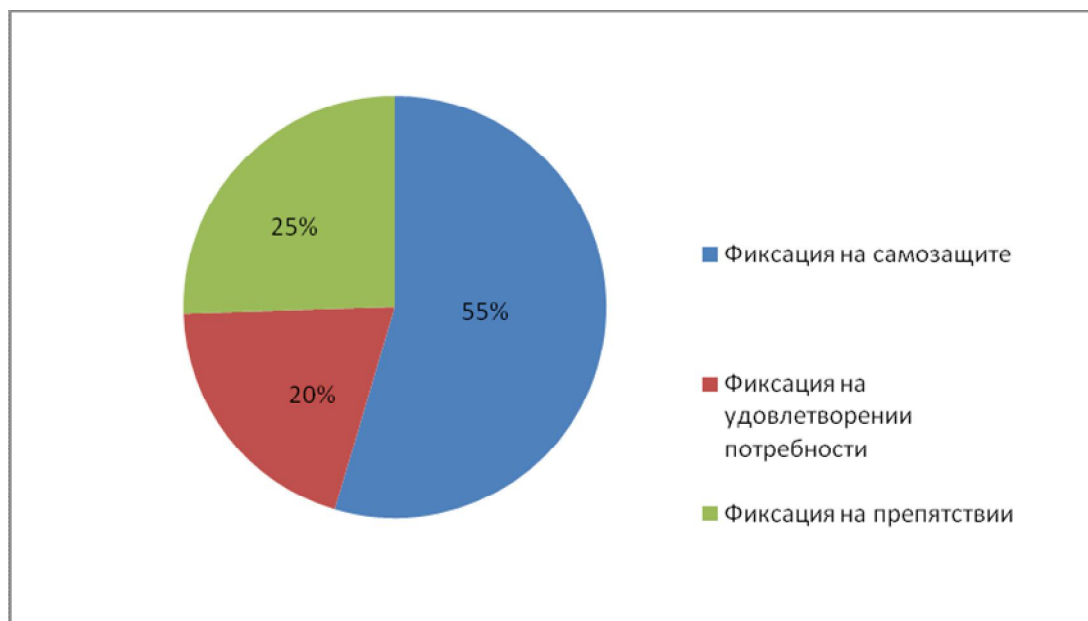


Рис.6. Процентное соотношение типов фрустрационных реакций среди всех испытуемых

- Наиболее распространена среди подростков реакция фиксация на самозащите, главная цель которой – защита своего собственного “Я”. В этом случае ребенок порицает других или самого себя, или признает, что ответственность и вина не может быть приписана никому. Среднее значение данной реакции составляет 55% (Рис.6).
- Следующим, наиболее встречающимся типом, является реакция фиксация на препятствии, когда внимание подростка акцентируется на наличии или отсутствии препятствия, степени его значимости. Средняя выраженность составляет 25% (Рис.6).
- Наименее представлена самая конструктивная реакция “фиксация на удовлетворении потребности”. Ее целью является разрешение фрустрирующей ситуации. Выражена данная реакция в среднем на 20% (Рис.6).

Анализ показателя GCR (уровень социальной адаптации) (Рис.7):

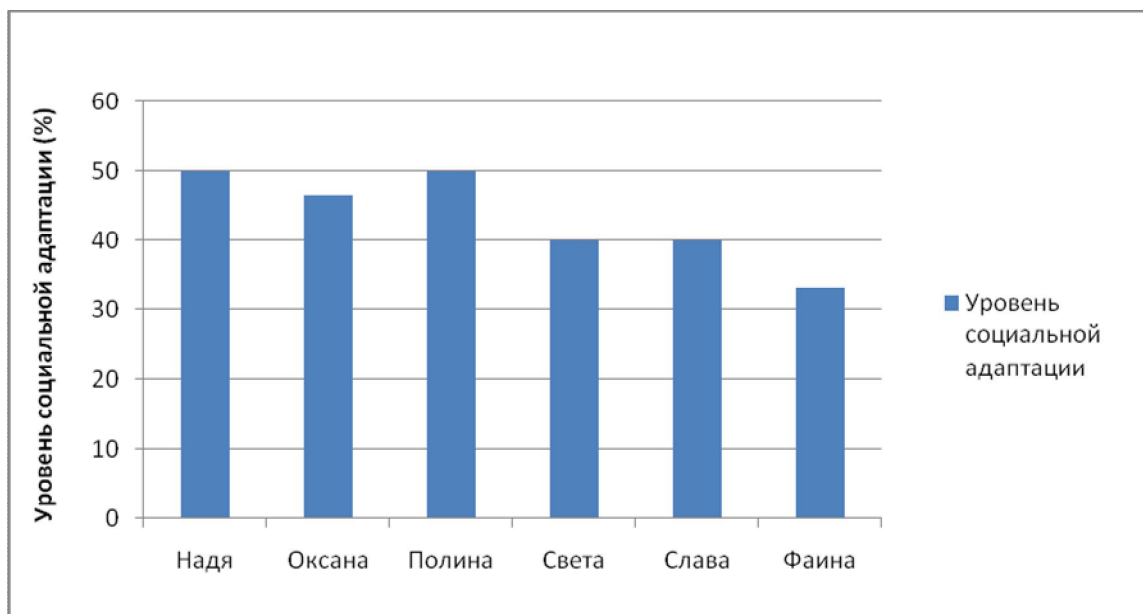


Рис.7. Показатели уровня социальной адаптации (в %)

Нормативным интервалом уровня социальной адаптации является диапазон 53,2-83,3%. У всех испытуемых показатель уровня адаптации не достигает минимального значения возрастного норматива и не превышает 50%, а в некоторых случаях он значительно ниже (Рис.7).

Качественный анализ результатов исследования по каждому ребенку

Надя Б.

Соотношение реакций по направлениям: доля экстрапунитивных (Е) и интропунитивных (І) реакций находится в пределах нормативных показателей. Отмечается снижение доли импунитивных реакций (М) (индивидуальное значение – 7, нижняя граница нормативного интервала – 7,3). Таким образом, испытуемая в ситуациях фрустрации не склонна реагировать нейтрально, а в большей степени приписывает ответственность или себе, или другим. Перераспределение пропорций показателей внутри профиля соответствует типичному соотношению ($E > M > I$).

Соотношение реакций по типам: показатели всех реакций находятся в пределах норматива. Однако значения реакции N-P (удовлетворение

потребности) приближаются к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 7, нижняя граница – 6,4).

Соотношение факторов внутри профиля:

а) среди факторов экстрапунитивного направления значение факторов Е (приписывание вины за сложившуюся ситуацию окружающим) и е (требование от других решения ситуации) соответствуют возрастным нормативам. Наблюдается существенное повышение фактора Е' (фиксация на переживании досады) (индивидуальное значение – 4,5, верхняя граница нормативного интервала – 2). Это указывает на то, что при возникновении препятствия испытуемая склонна фиксироваться на переживании негативных эмоций по поводу происходящего.

б) среди факторов интропунитивного направления отмечается повышение показателя I' (индивидуальное значение – 1,5, верхняя граница нормативного интервала – 1). Как правило, детям такая реакция несвойственна, так как переинтерпретация фрустрирующей ситуации и восприятие ее как полезной требует высокого уровня опосредования поведения. Кроме этого, значение показателя i (самостоятельное решение ситуации) находится на нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 0,5, нижняя граница – 0,5). Таким образом, трудные ситуации воспринимаются девочкой как полезные и выгодные, но решать их самостоятельно она не склонна.

в) Факторы импунитивного направления М (снятие вины и ответственности с себя и других) и m (надежда на разрешение трудной ситуации естественным путем) соответствуют нормативу. Показатель М' (снижение фрустрирующего значения препятствия) отсутствует.

Таким образом, видно, что в профиле испытуемой преобладают реакции Е' и m. Девочка склонна фиксироваться на переживаниях по поводу ситуации и надеяться на ее естественное разрешение ($E' > m > (I = E)$). В целом, типы реакций распределены пропорционально и соответствуют возрастным нормативам ($E - D > N - P > O - D$).

Анализ S-E паттернов показывает, что оценка E (агрессивное отрицание обвинения) соответствует нормативу. Но отмечается снижение оценки I (признание за собой вины при одновременном отрицании ответственности) (индивидуальное значение – 0, нижняя граница нормативного интервала – 0,6). Отсюда суммарный показатель E+I (отказ от обвинения и уход от ответственности) практически достигает нижней границы нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,9). Показатель “чистой” агрессии, обвинения других (E-E) также снижен (индивидуальное значение – 1,5, нижняя граница нормативного интервала – 1,7). При этом “чистое” признание вины в ситуациях обвинения (I-I) превышает возрастной норматив (индивидуальное значение – 3,5, верхняя граница нормативного интервала – 3,3). Показатель M+I (стремление снять вину с себя и других) значительно снижен (индивидуальное значение – 7, нижняя граница нормативного интервала – 9).

Таким образом, в трудной ситуации испытуемая не стремится обвинить других, а склонна признавать свою вину, извиняться и брать на себя ответственность за происходящее.

Анализ тенденций показывает, что девочка способна изменять свое поведение по мере нарастания фрустрирующей ситуаций. Для нее характерно уменьшение количества обвинительных реакций (+0,43 E) и увеличение числа реакций, связанных с требованием от других решить трудную ситуацию (-0,33 e). Отмечается также тенденция -0,43 N-P, которая означает, что под воздействием фрустрации испытуемая ориентируется на поиск способов разрешения трудной ситуации. При этом необходимо отметить, что в качестве такого решения девочка предпочитает ожидать, когда ситуация разрешится естественным путем, так как среди реакций N-P преобладает фактор m.

Показатель GCR равен 50 %, что существенно ниже возрастной нормы и может означать недостаточную социальную адаптацию.

Таким образом, результаты тестирования показывают, что способы поведения испытуемой в целом являются конструктивными. При возникновении трудных ситуаций девочка фиксирует свое внимание на переживании недовольства, признает свою виновность и берет на себя ответственность, способна извиниться. Также она ориентирована на то, чтобы разрешить фрустрирующую ситуацию, но не с помощью самостоятельных действий, а с помощью ожидания устранения препятствия естественным путем (*Приложение 13*).

Оксана Х.

Сопоставление значений профиля фрустрационных реакций с нормативными показателями позволило сделать следующие выводы.

Соотношение реакций по направлениям: доля экстрапунитивных реакций (Е) стремится к верхней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 11, верхняя граница – 11,5). Одновременно с этим к нижней границам нормативного интервала приближаются интропунитивные (І) (индивидуальное значение – 5, нижняя граница – 4,2) и импунитивные реакции (М) (индивидуальное значение – 8, нижняя граница – 7,3). Таким образом у испытуемой доминирует внешненаправленное поведение. Это происходит за счет ослабления реакций принятия вины и ответственности на себя и безобвинительных реакций.

Соотношение реакций по типам: отмечается повышение показателей Е-Д (фиксация на самозащите) (индивидуальное значение – 13, верхняя граница нормативного интервала – 12,3) с одновременным снижением показателей N-Р (удовлетворение потребности) (индивидуальное значение – 6, нижняя граница нормативного интервала – 6,4). Показатели О-Д (фиксация на препятствии) находятся в пределах возрастной нормы. Таким образом, испытуемая в ситуациях фрустрации склонна сосредотачиваться на защите собственного “Я”, воспринимая воздействия как враждебные ее личности, а не решать возникшую проблему.

Соотношение факторов внутри профиля:

а) факторы экстрапунитивного направления E' (фиксация на переживаниях) и e (требование от других решить ситуацию) соответствуют нормативу. Фактор E (обвинение других) превышает верхнюю границу нормативного интервала (индивидуальное значение – 7, верхняя граница – 6,6). Это указывает на склонность девочки проявлять враждебность и агрессию по отношению к окружающим в ситуации препятствия.

б) Факторы интропунитивного направления соответствуют возрастным нормативам.

в) среди факторов импунитивного направления оценка m снижена (индивидуальное значение – 2, нижняя граница нормативного интервала – 2,3). Оценки M' и M находятся в пределах нормы. Это означает, что меньше всего девочка склонна надеяться на разрешение ситуации естественным путем.

Таким образом, в профиле испытуемой доминируют реакции E, M', M, I : общий паттерн $E > (M' = M = I) > e$.

Анализ S-E паттернов показывает, что оценки \underline{E} (агрессивное отрицание обвинения) существенно превышают возрастной норматив (индивидуальное значение – 2,5, верхняя граница нормативного интервала – 1,4). Вместе с тем, наблюдается снижение показателя \underline{I} (признание вины при одновременном отрицании ответственности) (индивидуальное значение – 0, нижняя граница нормативного интервала – 0,6). Несмотря на это, показатель $\underline{E} + \underline{I}$ (отказ от обвинения и уход от ответственности) попадает в границы нормативного интервала. Показатель $E - \underline{E}$ (чистая агрессия, обвинение других) и $I - \underline{I}$ (признание вины в ситуациях обвинения) соответствуют нормативным показателям. Однако последний все же приближается к верхней границе нормы (индивидуальное значение – 3, верхняя граница – 3,3).

Таким образом, поведение данной испытуемой складывается из активного отрицания предъявляемого обвинения за счет уменьшения самооправдывающих реакций.

Как показывают результаты тестирования, девочка склонна изменять свое поведение по мере нарастания фрустрирующей ситуации. Наблюдается тенденция к увеличению агрессивных реакций, направленных на других (-0,71E) с одновременным уменьшением самообвинительных реакций (+0,33 I). Также отмечается тенденция к снижению реакций, связанных с удовлетворением потребности (+0,4 N-P), особенно с требованием о помощи в трудной ситуации (+0,6 e).

Показатель GCR равен 50 %, что ниже возрастной нормы (нижняя граница нормативного интервала – 53,2%), и указывает на недостаточную социальную адаптацию.

Таким образом, результаты тестирования показывают, что способы поведения девочки в целом неконструктивны. При возникновении затруднений она склонна демонстрировать агрессивность и враждебность по отношению к другим, не пытается решить трудную ситуацию. А с нарастанием фрустрирующего воздействия обвинительные реакции только увеличиваются (*Приложение 14*).

Полина К.

В профиле испытуемой отсутствует фактор I'. Данный фактор, который отражает способность переинтерпретировать фрустрирующую ситуацию и воспринимать ее как полезную, требует высокой опосредованности поведения, что для детей недостаточно свойственно.

Сопоставление значений профиля фрустрационных реакций с нормативными показателями позволило сделать следующие выводы.

Соотношение реакций по направлениям: доли экстрапунитивных (E), интропунитивных (I) и импунитивных реакций (M) соответствуют нормативным данным. Однако обращает на себя внимание перераспределение пропорций этих показателей по сравнению с их типичным соотношением. Наиболее частым соотношением реакций является $E > M > I$. Для испытуемой же более характерно не внешне направленное, а нейтральное, безобвинительное поведение ($M > I > E$).

Соотношение реакций по типам: значения типов реакций в профиле соответствуют нормативным показателям.

Общая оценка профиля по направлениям и типам реакций показывает, что в целом поведение девочки согласуется с характеристиками большинства детей того же возраста и пола. Между тем, рассмотрение отдельных факторов позволит увидеть и проанализировать индивидуальные особенности фрустрационного поведения.

Соотношение факторов внутри профиля:

а) среди факторов экстрапунитивного направления значения E' и E соответствуют нормативам, тогда как значение фактора e (требование от других решения ситуации) практически находится на нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,9). Это может указывать на то, что испытуемая скорее не склонна обращаться за помощью к другим лицам с целью разрешения возникших затруднений.

б) фактор интропунитивного направления I (самообвинение) приближается к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 3, нижняя граница – 2,6). А фактор i наоборот стремится к верхней границе норматива (индивидуальное значение – 3,5, верхняя граница – 3,9). Таким образом, в ситуациях фрустрации девочка менее склонна брать на себя вину и ответственность, но старается самостоятельно разрешать трудности.

в) значения факторов импунитивного направления соответствуют нормативным показателям. Однако, следует отметить, что величина фактора M приближается к верхней границе допустимого интервала (индивидуальное значение – 4, верхняя граница – 3,6). Поэтому при возникновении трудностей девочка предпочитает никому не приписывать ответственность и вину за случившееся.

Таким образом, профиль фрустрационных реакций испытуемой является достаточно сбалансированным. Общий паттерн: $(M'=M=m)>(E=i)>I$

свидетельствует о том, что доминирующими способами поведения являются освобождение от ответственности себя и других, нейтральное отношение к трудной ситуации и надежда на ее естественное разрешение.

Анализ S-E паттернов показывает, что оценка E (активное отрицание обвинения) и оценка I (оправдание себя) соответствуют нормативам. Это означает, что показатель E+I также находится в пределах нормы, как и показатель обвинения других (E-E). Однако у испытуемой отмечается отсутствие способности увидеть собственную вину (I-I), а показатель, отражающий стремление освободить от вины себя и других (M+I), приближается к верхней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 13,5, верхняя граница – 14).

Таким образом, анализ паттернов S-E свидетельствует о том, что среди безобвинительных реакций, наиболее характерных для данной испытуемой, выражена тенденция к снятию ответственности с себя и окружающих при невозможности увидеть собственную вину в происходящем.

Под воздействием фрустрации девочка склонна изменять свое поведение. Отмечается тенденция к уменьшению интропунитивных реакций (+0,5 I). В целом, испытуемая ориентирована на поиск решения трудной ситуации (-0,4 N-P). Происходит это за счет увеличения количества реакций, связанных с самостоятельным разрешением ситуации (-0,7 i) и надеждой на устранение препятствий естественным путем (-0,33 m).

Показатель GCR, равный 50 %, не соответствует возрастному нормативу. Это может указывать на недостаточную социальную адаптацию.

Таким образом, результаты тестирования свидетельствуют о том, что поведение девочки может быть достаточно гибким и разнообразным в зависимости от конкретной фрустрирующей ситуации. Однако детальный анализ позволяет увидеть, что за вполне благополучной внешней картиной скрыты черты, не позволяющие однозначно признать поведение конструктивным. Это обусловлено склонностью испытуемой считать трудные ситуации малозначащими и снимать ответственность за

происходящее с себя и с других. Девочка не способна признать свою виновность за случившееся, ссылаясь на объективные, не зависящие от нее условия. Предпочитая подчиниться обстоятельствам, девочка избегает обращаться за помощью к окружающим, и из всех способов решения ситуации выбирает один: занять пассивную позицию и ожидать, когда все решится само собой. Нарастание фрустрационного воздействия, как правило, усиливает именно такое отношение к препятствию (*Приложение 15*).

Света Ф.

Профиль испытуемой является неполным: в нем отсутствуют такие факторы, как Е' и I'. В отношении фактора I' следует заметить, что у детей он является наименее представленным. Данный фактор, который отражает способность переинтерпретировать фрустрирующую ситуацию и воспринимать ее как полезную, требует высокой опосредованности поведения, что для детей недостаточно свойственно. Отсутствие фактора Е', обозначающего фиксацию на негативных переживаниях по поводу фрустрирующей ситуации, может означать, что девочка не придает значение отрицательному эмоциональному состоянию в трудных ситуациях.

Сопоставление значений профиля фрустрационных реакций с нормативными показателями позволило сделать следующие выводы.

Соотношение реакций по направлениям: доля экстрапунитивных (Е) и импунитивных (М) реакций находится в пределах нормативных показателей. Отмечается существенное снижение доли интропунитивных реакций (I) (индивидуальное значение – 2, нижняя граница нормативного интервала – 4,2). Таким образом, у испытуемой отмечается ослабление реакций принятия на себя вины и ответственности.

Соотношение реакций по типам: наблюдается повышение показателей Е-D (фиксация на самозащите) (индивидуальное значение – 13, верхняя граница нормативного интервала – 12,3). Вместе с тем, происходит снижение показателей N-P (направленность на удовлетворение потребностей)

(индивидуальное значение – 5, нижняя граница нормативного интервала – 6,4). Показатели реакции О-D (фиксация на препятствии) также стремятся к снижению (индивидуальное значение – 4, нижняя граница нормативного интервала – 3,5). Таким образом, испытуемая в ситуациях фрустрации склонна сосредотачиваться на защите своего “Я”, воспринимая препятствие как враждебное ее личности, а не на решении фрустрирующей ситуации.

Соотношение факторов внутри профиля:

а) все факторы экстрапунитивного направления, кроме Е, находятся в пределах нормативных показателей. Значение фактора Е завышено (индивидуальное значение – 7, верхняя граница нормативного интервала – 6,6). Это указывает на агрессивность поведения, склонность приписывать окружающим вину за сложившуюся ситуацию.

б) факторы интропунитивного направления представлены двумя реакциями: I_i и i . Показатели фактора $I_{\text{существенно}}$ снижены по сравнению с нормативными (индивидуальное значение – 1, нижняя граница нормативного интервала – 2,6). Показатель i приближается к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,5). Это означает, что испытуемая не принимает на себя ответственность за сложившуюся ситуацию и не склонна испытывать чувство вины. Кроме этого, девочка не стремится самостоятельно разрешить ситуацию, признавая свою виновность.

в) среди факторов импунитивного направления показатель М существенно превышает нормативные оценки (индивидуальное значение – 5, верхняя граница нормативного интервала – 3,6). Фактор m снижен (индивидуальное значение – 1,5, нижняя граница – 2,3). Это указывает на склонность испытуемой снимать вину и ответственность за происходящее, как с себя, так и с других.

Таким образом, в профиле данной испытуемой доминируют неконструктивные формы поведения. Девочка оценивает фрустрирующие реакции как малозначащие ($M > E > I$) и склонна фиксироваться на защите

собственного “Я” ($E-D > N-P > O-D$), посредством обвинения другого человека, либо снятием вины и ответственности за ситуацию с себя и других ($E > M > M'$). При этом деформация профиля происходит за счет дефицита конструктивных способов поведения, направленных на решение ситуации и удовлетворение потребности (факторы i и m).

Анализ S-E паттернов показывает, что оценка \underline{E} (агрессивное отрицание обвинения) соответствует возрастному нормативу. Оценка \underline{I} (признание за собой вины при одновременном отрицании ответственности) приближается к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,6). Отсюда показатель $\underline{E} + \underline{I}$ (отказ от обвинения и уход от ответственности) существенно снижен и практически достигает нижней границы нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,9). При этом показатель “чистой” агрессии и обвинения других ($E - \underline{E}$) значительно превышает возрастную норму (индивидуальное значение – 7, верхняя граница нормативного интервала – 5,7). В то же время у испытуемой отсутствует способность признать вину и извиниться: показатель $I - \underline{I}$ равен 0, так как фактор I состоит только из значений \underline{I} . Показатель $M + \underline{I}$ (стремление освободить от вины себя и других) находится в пределах возрастной нормы.

Таким образом, анализ паттернов S-E говорит о том, что неконструктивное поведение испытуемой осуществляется за счет открытой агрессии, направленной на других и неспособности признать свою вину в сложившейся ситуации.

Анализ тенденций в реагировании на фрустрацию показывает, что девочка склонна изменять свое поведение в сторону уменьшения количества импунитивных реакций (+0,6 M). Вместе с тем, происходит увеличение реакций, направленных на удовлетворение потребности (-0,6 $N-P$). Необходимо отметить, что под воздействием фрустрации девочка пытается решить проблему с помощью других людей, так как среди реакций $N-P$ доминирует фактор e . В целом, эти тенденции не свойственны детям данной

возрастной группы. Для них более характерно уменьшение количества реакций, связанных с самозащитой (+0,43 E-D).

Показатель GCR равен 6 баллам и соответствует 40 %. Данное значение существенно снижено по сравнению с возрастной нормой (53,2%). Это указывает на то, что в ситуациях фрустрации поведение испытуемой не всегда соответствует поведению ее сверстников и может являться признаком недостаточной социальной адаптации.

Таким образом, результаты тестирования показывают, что способы поведения девочки в ситуациях фрустрации в целом неконструктивны. При возникновении препятствий испытуемая склонна демонстрировать агрессивность и враждебность по отношению к окружающим, не принимая на себя вину и ответственность за ситуацию. Однако в поведении отмечается ориентация на разрешение проблемы, но с помощью других людей. Эта неконструктивность поведения определяет низкую социальную адаптацию. Доминирование самозащитного способа реагирования может указывать на внутреннюю конфликтность личности (*Приложение 16*).

Глава Л.

Профиль испытуемого является неполным: в нем отсутствуют такие факторы, как E' и I'. В отношении фактора I' следует заметить, что у детей он является наименее представленным. Данный фактор, который отражает способность переинтерпретировать фрустрирующую ситуацию и воспринимать ее как полезную, требует высокой опосредованности поведения, что для детей недостаточно свойственно. Отсутствие фактора E', обозначающего фиксацию на негативных переживаниях по поводу фрустрирующей ситуации, может означать, что мальчик не придает значение отрицательному эмоциональному состоянию в трудных ситуациях.

Сопоставление значений профиля фрустрационных реакций с нормативными показателями позволило сделать следующие выводы.

Соотношение реакций по направлениям: доля экстрапунитивных реакций (E) существенно превышает нормативный показатель

(индивидуальное значение – 14,5, верхняя граница нормативного интервала – 11,9). Одновременно с этим отмечается снижение доли интропунитивных реакций (I) (индивидуальное значение – 3, нижняя граница нормативного интервала – 4,3) и приближение показателя импунитивных реакций (M) к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 6,5, нижняя граница – 6,3). Таким образом, у испытуемого доминирует внешненаправленное поведение. Это происходит за счет ослабления реакций принятия вины и ответственности на себя и безобвинительных способов реагирования.

Соотношение реакций по типам: отмечается значительное повышение показателей E-D (фиксация на самозащите) (индивидуальное значение – 16,5, верхняя граница нормативного интервала – 13,3). Вместе с тем, происходит существенное снижение показателей N-P (удовлетворение потребности) (индивидуальное значение – 3,5, нижняя граница нормативного интервала – 5,1). Показатели O-D (фиксация на препятствии) также уменьшаются и приближаются к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 4, нижняя граница – 3,5). Таким образом, испытуемый в трудных ситуациях склонен сосредотачиваться на защите своего "Я", воспринимая препятствие как враждебное его личности.

Соотношение факторов внутри профиля:

а) среди факторов экстрапунитивного направления значение фактора E существенно превышает возрастные нормативы (индивидуальное значение – 13,5, верхняя граница – 7,5). Вместе с тем, показатель E приближается к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,5). Это означает выраженную агрессивность поведения, приписывание вины за происходящее окружающим. В ситуации препятствия испытуемый меньше всего склонен просить о помощи у других людей, чтобы разрешить проблему.

б) фактор интропунитивного направления I (самообвиняющее поведение) снижен (индивидуальное значение – 2, нижняя граница

нормативного интервала – 2,2). К нижней границе нормативного интервала стремится также показатель i (самостоятельное разрешение ситуации) (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,5). Это указывает на то, что в ситуациях препятствия испытуемый не ощущает своей вины и ответственности за происходящее, не пытается самостоятельно решить проблему.

в) факторы импунитивного направления M' (снижение фрустрирующего значения препятствия) и M (снятие вины и ответственности с себя и других) находятся в пределах возрастного норматива. Однако фактор M все же стремится к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,4). Показатель m снижен (индивидуальное значение – 1,5, нижняя граница нормативного интервала – 1,7). То есть испытуемый не надеется, что ситуация разрешится естественным путем.

Таким образом, в профиле данного испытуемого преобладают неконструктивные реакции E и M' . Несмотря на типичное для детей данного возраста распределение показателей ($E > M > I$ и $E > M' > I$), отдельные факторы существенно завышены. Это указывает на то, что в ситуациях фрустрации мальчик проявляет агрессивное поведение и склонен обвинять других в случившемся, но не себя. Это происходит за счет дефицита таких конструктивных факторов как I (принятие ответственности) и m (надежда на разрешение ситуации естественным путем).

Анализ S-E паттернов показывает, что оценки \underline{E} (агрессивное отрицание обвинения) и \underline{I} (стремление оправдать себя) соответствуют возрастным нормативам. Отсюда показатель $\underline{E} + \underline{I}$ (отказ от обвинения и уход от ответственности) также находится в границах нормативного интервала. При этом показатель “чистой” агрессии, обвинения других ($E - \underline{E}$) существенно превышает возрастную норму (индивидуальное значение – 12, верхняя граница нормативного интервала – 6,4). В то же время у испытуемого отсутствует способность признать собственную вину и извиниться ($I - \underline{I}$)

(индивидуальное значение – 0, нижняя граница нормативного интервала – 0,5). Показатель M+I (стремление освободить от вины себя и других) снижен (индивидуальное значение – 8, нижняя граница - 8,2).

Таким образом, неконструктивность поведения испытуемого складывается прежде всего за счет открытой агрессии, направленной на других, а также неспособности признать собственную вину и неумения освободить от возможной вины себя и других.

Данный испытуемый склонен изменять свое поведение под воздействием фрустрирующей ситуации. Отмечаются тенденции к повышению числа экстрапунитивных реакций, направленных на обвинение других (-0,33 E), и импунитивных реакций, снижающих фрустрирующее значение препятствия (+0,43 M). Кроме этого, наблюдается уменьшение числа реакций, связанных с решением трудной ситуации и удовлетворением потребности (+0,5 N-P).

Показатель GCR равен 40%, что существенно ниже возрастного норматива (нижняя граница нормативного интервала – 53,2%) и может указывать на недостаточную социальную адаптацию.

Таким образом, результаты тестирования показывают, что способы поведения мальчика в целом неконструктивны. При возникновении затруднений он склонен демонстрировать открытую агрессивность и враждебность по отношению к другим. Испытуемый не способен видеть собственную вину в происходящем и брать на себя ответственность, не пытается решить трудную ситуацию. А с нарастанием фрустрирующего воздействия обвинительные реакции только увеличиваются (*Приложение 17*).

Фаина К.

В профиле испытуемой отсутствует фактор I'. Данный фактор, который отражает способность переинтерпретировать фрустрирующую ситуацию и воспринимать ее как полезную, требует высокой опосредованности поведения, что для детей недостаточно свойственно.

Сопоставление значений профиля фрустрационных реакций с нормативными показателями позволило сделать следующие выводы.

Соотношение реакций по направлениям: доля экстрапунитивных реакций (Е) существенно превышает нормативный показатель (индивидуальное значение – 13,5, верхняя граница нормативного интервала – 11,5). Одновременно с этим отмечается снижение доли интропунитивных реакций (І) (индивидуальное значение – 3, нижняя граница нормативного интервала – 4,2) и приближение показателя импунитивных реакций (М) к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 7,5, нижняя граница – 7,3). Таким образом, у испытуемой доминирует внешненаправленное поведение. Это происходит за счет ослабления реакций принятия вины и ответственности на себя и безобвинительных способов реагирования.

Соотношение реакций по типам: отмечается значительное повышение показателей Е-D (фиксация на самозащите) (индивидуальное значение – 14, верхняя граница нормативного интервала – 12,3). Вместе с тем, происходит снижение показателей N-P (удовлетворение потребности) (индивидуальное значение – 6, нижняя граница нормативного интервала – 6,4). Показатели О-D (фиксация на препятствии) также уменьшаются и приближаются к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 4, нижняя граница – 3,5). Таким образом, испытуемая в трудных ситуациях склонна сосредотачиваться на защите своего "Я", воспринимая препятствие как враждебное ее личности.

Соотношение факторов внутри профиля:

а) среди факторов экстрапунитивного направления значение фактора Е существенно превышает возрастные нормативы (индивидуальное значение – 9,5, верхняя граница – 6,6). Показатели Е' и е находятся в пределах возрастной нормы. Это означает выраженную агрессивность поведения, приписывание вины за происходящее окружающим.

б) фактор интропунитивного направления I (самообвиняющее поведение) снижен (индивидуальное значение – 2, нижняя граница нормативного интервала – 2,6). К нижней границе нормативного интервала стремится также показатель i (самостоятельное разрешение ситуации) (индивидуальное значение – 1, нижняя граница – 0,5). Это указывает на то, что в ситуациях препятствия испытуемая не ощущает своей вины и ответственности за происходящее, не пытается самостоятельно решить проблему.

в) факторы импунитивного направления M' (снижение фрустрирующего значения препятствия) и M (снятие вины и ответственности с себя и других) находятся в пределах возрастного норматива. Фактор m стремится к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 2, нижняя граница – 2,3). То есть испытуемая не надеется, что ситуация разрешится естественным путем.

Таким образом, в профиле данной испытуемой преобладают неконструктивные реакции E и M' . Общий паттерн: $E > (M' = e) > M$. Это указывает на то, что в ситуациях фрустрации девочка проявляет агрессивное поведение и склонна обвинять других в случившемся, но не себя, фиксирует свое внимание на переживаниях недовольства и досады. Это происходит за счет дефицита таких конструктивных факторов как I (принятие ответственности) и m (надежда на разрешение ситуации естественным путем).

Анализ S - E паттернов показывает, что оценки \underline{E} (агрессивное отрицание обвинения) и \underline{I} (стремление оправдать себя) соответствуют возрастным нормативам. Отсюда показатель $\underline{E} + \underline{I}$ (отказ от обвинения и уход от ответственности) также находится в границах нормативного интервала. При этом показатель “чистой” агрессии, обвинения других ($E - \underline{E}$) существенно превышает возрастную норму (индивидуальное значение – 7,5, верхняя граница нормативного интервала – 5,7). В то же время у испытуемой отсутствует способность признать вину и извиниться: показатель $I - \underline{I}$ равен 0,

так как фактор I состоит только из значений I. Показатель M+I (стремление освободить от вины себя и других) приближается к нижней границе нормативного интервала (индивидуальное значение – 9,5, нижняя граница – 9).

Таким образом, неконструктивность поведения испытуемой складывается прежде всего за счет открытой агрессии, направленной на других, а также неспособности признать собственную вину и неумения освободить от возможной вины себя и других.

Данная испытуемая склонна изменять свое поведение под воздействием фрустрирующей ситуации. Отмечаются тенденции к повышению числа экстрапунитивных реакций (-0,6 E), направленных на обвинение других (-0,4 E). Кроме этого, наблюдается уменьшение числа реакций, позволяющих снять ответственность с себя и других (+0,33 M) и связанных с решением трудной ситуации и удовлетворением потребности (+0,7 N-P).

Показатель GCR равен 33%, что существенно ниже возрастного норматива (нижняя граница нормативного интервала – 53,2%) и может указывать на недостаточную социальную адаптацию.

Таким образом, результаты тестирования показывают, что способы поведения девочки в целом неконструктивны. При возникновении затруднений она склонна демонстрировать открытую агрессивность и враждебность по отношению к другим. Испытуемая не способна видеть собственную вину в происходящем и брать на себя ответственность, не пытается решить трудную ситуацию. А с нарастанием фрустрирующего воздействия обвинительные реакции только увеличиваются (*Приложение 18*).

Результаты рисованного апперцептивного теста (адаптированный Л. Н. Собчик)

Анализ полученных данных по методике РАТ выявил высокий уровень агрессивных тенденций испытуемых (Рис.8):

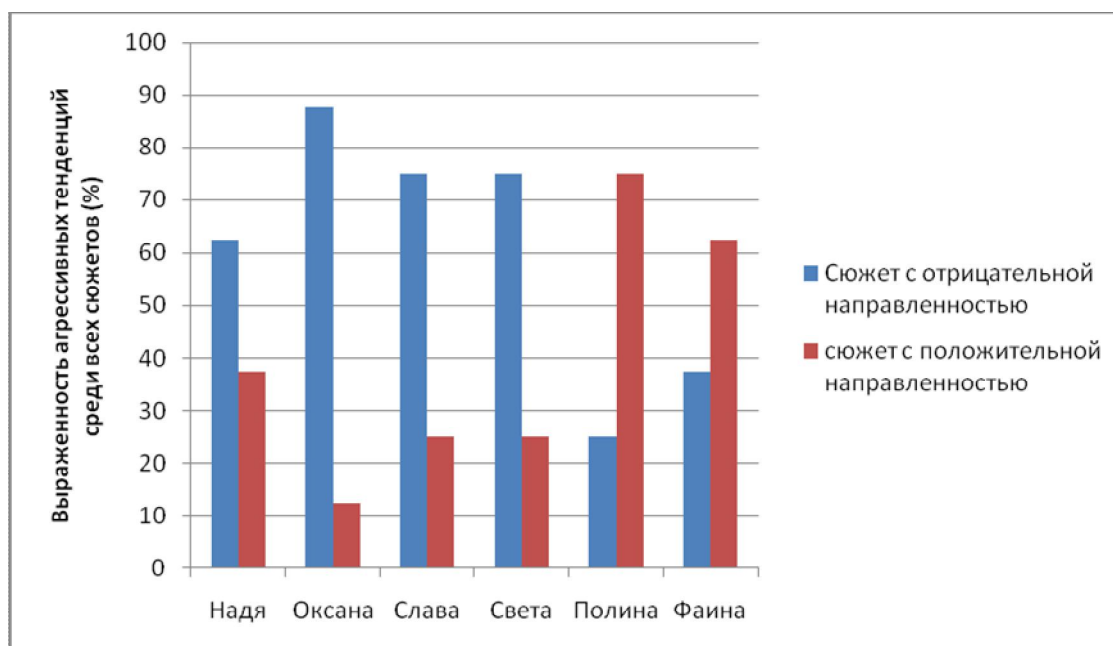


Рис.8. Процентное соотношение сюжетов с отрицательной и положительной тематикой у каждого испытуемого

В большинстве случаев в сюжете детей преобладают агрессивные действия по отношению к другим людям (У 4 из 6 детей). Всего лишь у 2 человек наблюдаются положительная тематика рассказов, не связанных с конфликтами (Рис.8).

Качественный анализ результатов исследования по каждому ребенку

Надя Б.

У данной испытуемой присутствует межличностный конфликт, скорее всего связанный с друзьями. В одних ситуациях она направлена на сохранение и поддержание отношений с окружающими, а в других – прослеживается явное недопонимание между ней и ее сверстниками, происходят конфликты. Девочка стремится к отношениям, однако в большей степени предпочитает занимать пассивную позицию. Наблюдается также отсутствие желания заниматься серьезной деятельностью, девочка стремится к удовольствиям. Соотношение отрицательных, конфликтных

сюжетов и положительных составляет 2:1 (62,5 % - отрицательные сюжеты, 37,5% - положительные) (*Приложение 19*).

Оксана Х.

У испытуемой отмечаются агрессивные тенденции, направленность на себя, и стремление защитить собственное "Я". Выход из конфликтной ситуации имеет радикальный характер: девочка привыкла решать проблему с помощью вербальной или физической агрессии. К тому же такое поведение доставляет ей удовольствие и позволяет реализовывать ее потребность во власти. Такой способ поведения обусловлен ее чувствительностью к критике и замечаниям. Девочка боится показать свою несостоятельность перед другими людьми, поэтому отличается повышенным самоконтролем. Кроме этого, значимой темой для девочки являются межполовые отношения. Частое использование данной тематики в сочетании с отрицательным развитием сюжета может указывать на проблемы в отношениях с противоположным полом. В целом, положительный характер сюжета наблюдается лишь в одном случае (в 87,5 % случаев в сюжете присутствуют агрессивные действия) (*Приложение 20*).

Слава Л.

Для испытуемого характерна экстрапунитивная позиция. Из-за страха наказания в трудных ситуациях он не желает признавать свою виновность и брать на себя ответственность, а предпочитает перекладывать ее на других. Наблюдается также отсутствие желания заниматься серьезной деятельностью. Мальчик стремиться к удовольствиям, что еще раз подчеркивает его безответственность. Агрессивные действия встречаются 75 % случаев. (*Приложение 21*).

Света Ф.

У данной испытуемой присутствует межличностный конфликт, скорее всего связанный с друзьями. В одних ситуациях она направлена на сохранение и поддержание отношений с окружающими, а в других – прослеживается явное недопонимание между ней и ее сверстниками,

происходят конфликты. Девочка стремится к отношениям, однако недостаточная способность понять чувства и переживания другого человека делают ее контакты формальными. Вследствие этого, ее помощь другим оказывается неэффективной, и когда самой испытуемой требуется поддержка в трудных ситуациях, то человека способного дать ее, не обнаруживается. Наблюдается заметное преобладание негативных эмоций, а также постоянное обдумывание своих проблем. Соотношение отрицательных, конфликтных сюжетов и положительных составляет 2:1 (75 % - отрицательные сюжеты, 25% - положительные) (*Приложение 22*).

Полина К.

У данной испытуемой присутствует межличностный конфликт. В одних ситуациях она направлена на сохранение и поддержание отношений с окружающими, а в других – происходят конфликты. Наблюдается также отсутствие желания заниматься серьезной деятельностью, девочка стремится к удовольствиям. Соотношение отрицательных, конфликтных сюжетов и положительных составляет 1:2 (25 % - отрицательные сюжеты, 75% - положительные) (*Приложение 23*).

Фаина К.

Таким образом, для испытуемой характерна экстрапунитивная позиция. Из-за страха наказания в трудных ситуациях она не желает признавать свою виновность и брать на себя ответственность, а предпочитает перекладывать ее на других. Вместе с тем, у девочки отмечается направленность на сохранение отношений, поэтому, когда они оказываются под угрозой, она способна принять покорную позицию, признать свою вину и извиниться. Наблюдается также отсутствие желания заниматься серьезной деятельностью. Девочка стремится к удовольствиям, что еще раз подчеркивает ее безответственность. Агрессия проявляется в основном косвенно, через насмешки. Агрессивные действия встречаются лишь 37,5 % случаев (*Приложение 24*).

Результаты теста «Дом-дерево-человек».

Анализ полученных данных показал, что у детей преобладают следующие симптомокомплексы (Рис.9):

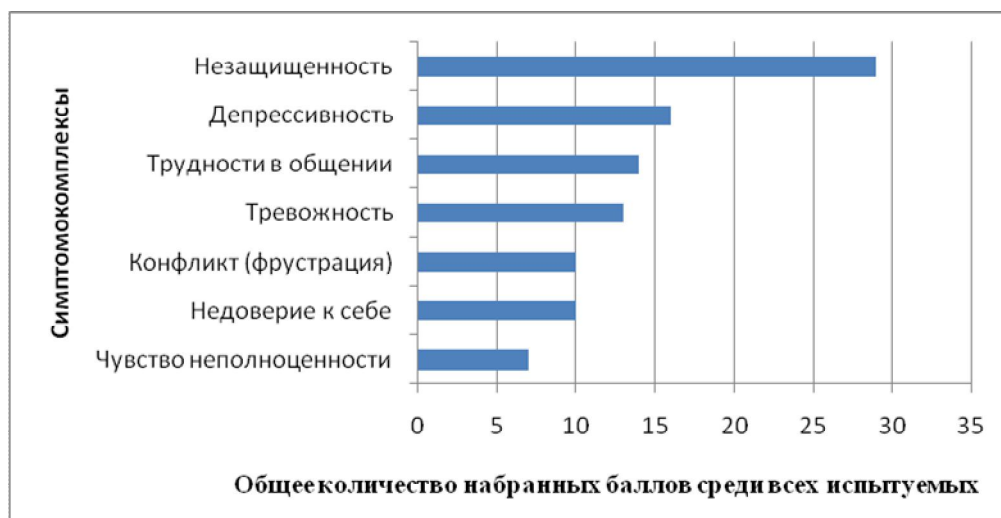


Рис.9.Наиболее преобладающие симптомокомплексы среди испытуемых (в баллах)

- Незащищенность является самым выраженным симптомокомплексом среди испытуемых. Кроме этого, у детей также выражена депрессивность, трудности в общении и тревожность.

Качественный анализ результатов исследования по каждому ребенку

Надя Б.

Расположение дома вблизи, большое количество окон, открытая дверь указывают на открытость и чувство теплоты девочки, общительность.

Ствол изображен крепким, массивным, расширяется книзу — девочка ищет надежного положения в своем кругу. Круглая крона обозначает экзальтированность, эмоциональность.

Большее смещение рисунка к левому краю акцентирует внимание на прошлом, указывает на страх перед будущим.

Изображение человека выглядит пластическим, т.е. девочка попыталась передать реальную форму частей тела. Глядя на рисунок, создается приятное общее впечатление, человек изображен веселым. На

рисунке схематично изображен человек мужского пола: широкие плечи, мускулатура, узкие бедра. Это может говорить о заинтересованности в контактах с противоположным полом. Чрезмерно крупная шея человека обозначение стремление девочки контролировать свои телесные импульсы. Большие широкие плечи могут указывать на потребность во власти и наличие сильных телесных импульсов. Мускулистые руки отражают нужду девочки в физической силе, ловкости, храбрости как в компенсации. Меньшее количество пальцев руки свидетельствуют о бессилии и зависимости. Слишком короткие ноги свидетельствуют о физической или психологической неловкости.

Таким образом, девочка имеет экстравертированную направленность личности: она готова к контактам, открыта, общительна. Психологическая или физическая неловкость, бессилие пробуждают в девочке нужду в силе, власти, работая как механизм компенсации (*Приложение 25*).

Оксана Х.

На рисунке изображена ясная, солнечная погода, что указывает на восприятие среды девочкой как благополучной и безопасной. Дом расположен вблизи, имеет достаточно крупное окно, что свидетельствует об открытости, общительности девочки. Отсутствие основы боковой стены и акцентированное вертикальное измерение может означать слабый контакт с реальностью. Отсутствие дверей говорит о трудности девочки раскрыться перед другими.

Человек изображен схематически, но оставляет приятное общее впечатление: он улыбается, руки широко расставлены кверху, но отсутствуют кисти, что обозначает широкие контакты, но формальные.

Дерево изображено как бы висящим в воздухе, без корней и без расширения ствола в нижней части, что может рассматриваться как признак слабой бытовой ориентации, ослабленной привязанности к дому и семье. Крона круглая, широкая, обозначающая экзальтированность и

эмоциональность девочки. Заштрихована крона энергично, легко, указывая на настойчивость, чувство безопасности у девочки.

Таким образом, девочка имеет экстравертированную направленность личности: она открыта, настойчива, общительна, но характер контактов скорее носит формальный характер. В целом девочка ощущает вокруг себя безопасную обстановку, несмотря на слабую привязанность к семье (*Приложение 26*).

Полина К.

Дом расположен на рисунке вдали, со ступеньками, ведущими в глухую стену. Такие признаки свидетельствуют о преобладании у девочки чувства отверженности и неприступности, даже если она сама желает общения. Отсутствие дверей также указывает на трудности раскрыться перед другими людьми.

В изображении дерева расширяющаяся часть преобладает, что может говорить об ориентации ребенка на прошлое, т. е. о слабой удовлетворенности настоящим и отсутствии планов на будущее. Кривые линии ствола могут обозначать, что активность заторможена тревогой и мыслями о непреодолимости препятствий. Общая высота листвы занимает около $\frac{3}{8}$ листа, что свидетельствует о хорошем контроле и рефлексии девочки. Энергичные уверенные штрихи, изображающие листву дерева, говорят о настойчивости и чувстве безопасности.

Имеет попытка пластического изображения человека женского пола. Общее впечатление достаточно приятное: человек улыбается, однако пустые глаза могут свидетельствовать о наличии страхов. Волосы собраны в два хвостика, на одежде присутствует рисунок, что говорит о демонстративности девочки. Тело человека имеет четко обозначенные углы, которые показывают трудности в сфере общения. Признаком экстравертированности служат широко расставленные руки. Обрубленные пальцы показывают замкнутость девочки и возможно вытесненную агрессию.

Таким образом, направленность личности девочки имеет двойственный характер: несмотря на наличие признаков экстравертированности, у нее наблюдаются трудности в общении, обнаруживается стремление к неприступному поведению. С одной стороны она желает контактировать с окружающими, но с другой стороны ей трудно раскрываться перед другими и она выглядит замкнутой (*Приложение 27*).

Света Ф.

Особо маленькое изображение дома, расположенного вдали, показывает, что у девочки ослаблены семейные связи, отсутствует чувство защищенности, есть ощущение отверженности. Стена с акцентированным вертикальным измерением указывает на поиск наслаждения прежде всего в фантазиях и обладанием меньшим количеством контактов с реальностью, нежели желательно. Девочка испытывает трудности при стремлении раскрыться перед другими (особенно в домашнем кругу), ввиду отсутствия на рисунке дверей.

Размещение рисунка в центральной части листа может свидетельствовать о незащищенности и ригидности девочки.

Расширяющаяся нижняя часть ствола говорит об ориентации ребенка на прошлое, т. е. о слабой удовлетворенности настоящим и отсутствии планов на будущее. Оторванность ствола от земли может указывать на недостаток контакта с внешним миром. Большая, но слабо проработанная, эскизная крона типична для детей с защитным фантазированием. Такой рисунок говорит о том, что ребенок больше склонен к мечтам и абстрактным планам, чем к реальной деятельности и конкретному планированию своих действий. Зигзагообразная штриховка листвы служит указанием на осторожность и скрытность девочки.

Изображение человека имеет скорее схематичный характер и оставляет негативное впечатление. Признаки какого-либо пола отсутствуют, говорит об отставании в психосексуальном развитии. Отсутствие глаз, рта, носа указывает на интровертированность или негативизм, на плохую связь с

реальностью. Тело прямоугольной формы, с четко обозначенными углами, характерно для ребенка с трудностями в сфере общения. Недостаток симметрии в рисунке человека свидетельствует о незащищенности.

Таким образом, девочка имеет интровертированную направленность личности. У нее отсутствует чувство защищенности, прочных семейных отношений. Ей сложно раскрываться перед другими людьми, поэтому недостаток в контактах с внешним миром, трудности в общении компенсируются фантазированием (*Приложение 28*).

Фаина К.

Рисунок дома отражает представления ребенка о его жизни в семье. Особо большое изображение дома, занимающее практически половину, может говорить о том, что для девочки вся жизнь ограничена ее домом. В подростковом возрасте это позволяет заподозрить неблагополучие в других жизненных сферах. В доме присутствует только одно окно, сравнительно не большого размера, что говорит о замкнутости девочки. Одномерная перспектива стен указывает на тенденцию к отчуждению и оппозиции. Одна боковая дверь показывает отчуждение, уединение, неприятие реальности, неприступность. Дым из трубы, расположенной на крыше, изображен тоненькой струйкой и свидетельствует о недостатке эмоциональной теплоты дома. Потеря перспективы дома, неумение изобразить глубину, может сигнализировать о начинающихся сложностях интегрирования, страха перед будущим. Очень прямые контуры рисунка свидетельствуют о ригидности девочки.

Размещение рисунка ниже центра листа говорит о небезопасном, неудобном, ограниченном самоощущении девочки. Большее смещение к левому краю акцентирует внимание на прошлом, указывает на страх перед будущим, озабоченность свободными откровенными эмоциональными переживаниями. Недостаточная детализированность может означать низкую эмоциональность.

Симметричное расположение корневой части дерева отмечает стремление казаться в согласии с внешним миром. Выраженная тенденция сдерживать агрессивность. Колебания в выборе позиции по отношению к чувствам, амбивалентность, могущая быть источником внутреннего конфликта. Заторможенные моральные проблемы. Девочка желает найти согласие, равновесие с окружающими, так как располагает дерево в центральной части листа. Это также свидетельствует о потребности в систематизации с опорой на привычки. Узкая крона дерева типична для низкой потребности в общении, а густая листва, нарисованная угловатыми, скованными штрихами с сильным нажимом, связана с не проявляющейся агрессией, напряженностью, замкнутостью. Крона дерева так же ограничена линией, поэтому девочка старается контролировать свои контакты и не доверяет окружающим.

Лежащее в основе рисунка человека его схематическое изображение может быть проявлением инфантильности. Общее впечатление от человека скорее негативное, что может служить признаком каких-либо эмоциональных проблем. Отсутствие анатомических признаков женского пола человека говорит об отставании в психосексуальном развитии. Маленькие глаза указывают на погруженность девочки в себя. А заштрихованные волосы – на тревогу, связанную с мышлением. Тело человека имеет четко обозначенные углы, что характерно для интровертных детей с трудностями в общении. Широко расставленные руки без кистей – показатель широкого, но формального общения.

Таким образом, у девочки отмечается интровертированное направление личности: она застенчива, неуверенна в себе, тревожна, агрессивна, инфантильна. Наблюдаются трудности в сфере общения: несмотря на кажущуюся направленность вовне, все контакты имеют лишь формальный характер. В состоянии девочки преобладает стремление к отчуждению, уединению, неприступности. Внимание акцентировано на прошлое, а перед будущим она испытывает страх (*Приложение 29*).

Слава Л.

В первую очередь был выполнен рисунок дома, поэтому для испытуемого на первом месте стоит чувство безопасности. Дом расположен вблизи и указывает на открытость мальчика. Стена с доминирующим горизонтальным направлением может означать чувствительность к давлениям среды. Густой дым из трубы, контуры неодинаковой яркости свидетельствуют о некотором внутреннем напряжении.

В целом, субъект воспринимает среду как дружелюбную. Символ авторитарной фигуры на рисунке (солнце) воспринимается как дающий тепло и силу.

Заштрихованные $\frac{3}{4}$ листа указывают на нехватку контроля испытуемого над выражением своих эмоций. Мальчик ощущает незащищенность и для него характерна прямолинейность, ригидность, так как рисунок размещен точно в центре листа. Нажимы, штриховка, наличие преимущественно прямых линий говорит об агрессивности, настойчивости субъекта.

В качестве дерева была выбрана ель, которая говорит о присутствии эмоциональной неудовлетворенности, нарушении в поведении, враждебности. Линии ствола тонкие, прямые, что может обозначать ловкость, находчивость, способность к самоутверждению. Однако ствол слабо прорисован, поэтому испытуемый может ощущать дефицит собственных возможностей. Ветви дерева расходятся в стороны – субъект проявляет экстравертированность, направленность на общение.

В процессе рисования испытуемый использовал лист целиком, поэтому он желает быть замеченным, рассчитывать на других (*Приложение 30*)

Таким образом, экспериментальное исследование показало, что у испытуемых имеется дисгармоничный вариант развития личности, который проявляется в следующем:

- Наличие выраженных акцентуированных черт, преимущественно шизоидных, сенситивных и неустойчивых.
- Преобладание экстрапунитивных, внешненаправленных реакций, нежелание брать на себя ответственность за происходящее.
- Стремление к самозащите в трудных жизненных ситуациях, вместо поиска вариантов решения проблем.
- Наличие выраженных агрессивных тенденций: вербальных и физических, прямых и косвенных.
- Ощущение незащищенности, тревожность, трудности в общении.

3.3 Программа коррекции и предупреждения дисгармоничного варианта развития личности у детей подросткового возраста

Пояснительная записка

Гармоничное развитие личности - необходимое условие для успешной адаптации подростка в обществе. В этот период подросток начинает осознавать свою индивидуальность и неповторимость, постигает собственный внутренний мир и мир окружающих людей, накапливает опыт общения, формирует моральные и социальные установки. Подростковый период является трудным и критическим, и от того, как он протекает, во многом зависит дальнейшая жизнь ребенка.

По данным, полученным в ходе исследования характерологических проявлений, у детей подросткового возраста с ЗПР отмечаются преобладание неконструктивных способов поведения при решении трудных жизненных задач, что приводит к возникновению внутренних и внешних конфликтов. Слабоволие, тяга к безделью, праздности и удовольствиям, сдержанность, трудности в установлении новых контактов наиболее часто встречаются среди детей подросткового возраста. Кроме этого, присутствует неуверенность в себе, тревога за свое будущее, а некоторым детям свойственна безответственность в вопросе своего дальнейшего развития. Практически у всех отмечаются явные агрессивные тенденции, которые мешают подросткам реализовывать свой потенциал. Все это приводит к недостаточной социальной адаптации. Таким образом, становится очевидным необходимость оказания своевременной психологической помощи детям данной возрастной категории.

Цель программы: облегчение социальной адаптации детей подросткового возраста с ЗПР с помощью клинических ролевых игр

Задачи:

- Формирование конструктивных способов поведения в трудной ситуации
- Расширение диапазона вариантов поведения
- Обучение способам самоконтроля
- Обучение способам разрядки агрессивности
- Развитие качеств личности, необходимых для эффективного общения
- Развитие активной внутренней позиции
- Снятие тревожности и неуверенности в себе
- Формирование ролевой и эмоциональной гибкости

Основным методом в работе с подростками, имеющими дисгармоничное развитие личности, являются клинические ролевые игры. По данным исследователей, для решения указанной проблемы наиболее эффективны групповые занятия на уровне реального поведения.

Коррекционная программа рассчитана на занятия в малых группах (до 6 человек), возраст участников – 14-15 лет. Режим занятий – 3 раза в неделю. Продолжительность одного занятия - 60-90 минут. Общее количество часов коррекционной программы – 44.

Коррекционные воздействия на подростков осуществляются на трех уровнях:

Таблица 4

Распределение коррекционных задач в зависимости от коррекционной мишени (блоки)

Коррекционная мишень (блоки)	Психологический механизм	Основные направления
Эмоциональный	Эмоциональное реагирование	<ul style="list-style-type: none">• Свободное выражение эмоций• Эмоциональное отношение к своим проблемам.• Принятие эмоциональной поддержки.• Изменение способов эмоционального реагирования на проблему.

Когнитивный	Расширение сферы осознания своих проблем	<ul style="list-style-type: none"> • Осознание мотивов воспитания. • Осознание причин конфликта и своей роли в конфликте самим подростком. • Понимание и принятие педагогами личностных особенностей подростка.
Поведенческий	Формирование новых приемов и способов поведения	<ul style="list-style-type: none"> • Преодоление неадекватных форм поведения: аффективность, агрессивность, ригидность и др. • Закрепление новых форм поведения и защитных механизмов.

Перечисленные выше блоки взаимосвязаны и представляют собой единый психокоррекционный комплекс.

Содержание коррекционной программы

Структура занятия:

- 1) Ритуал приветствия.
- 2) Разминка

Настройки на продуктивную групповую деятельность. Она проводится не только в начале занятия, но и между отдельными упражнениями. Разминочные упражнения выбираются с учётом актуального состояния группы.

3) Основное содержание занятия

Использование психотехнических упражнений и приёмов, направленных на решение задач данного занятия.

- 4) Рефлексия проведенного занятия
- 5) Ритуал прощания

Материально-техническое обеспечение:

Методические материалы для проведения игр, магнитофон, листы бумаги, карандаши, оценочные бланки.

Тематический план коррекционной программы

Этапы программы	Тема занятий, кол-во часов	Задачи	Техники
1. Организационный этап	“Наша команда” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Знакомство с участниками • Создание положительного эмоционального настроения на дальнейшую работу • Установление правил в группе • Объективирование негативных тенденций личности • Уточнение диагностических данных, полученных в ходе исследования 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Упражнения
2. Основной этап	“Мы – разные, но мы вместе” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование интереса к занятиям • Сплочение группы • Обоснование невозможности однозначного разделения информации на «хорошую» и «плохую» 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Упражнения
	“Доверься мне” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Формирование доверительной обстановки • Обучение навыкам доверительных отношений 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Упражнения • Игры-драматизации
	“Услышь меня” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие навыков эффективного слушания • Демонстрация возможности искажения информации при ее передаче • Демонстрация важности обратной связи в общении 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Взаимопонимание” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие наблюдательности • Развитие навыков вербального взаимодействия 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Средства общения”	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие навыков 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа

	(3)	<p>эффективного общения</p> <ul style="list-style-type: none"> • Знакомство с невербальными средствами общения • Развитие навыков невербальной коммуникации • Развитие экспрессивности • Развитие умения расшифровывать невербальные сигналы других людей 	<ul style="list-style-type: none"> • Игры-драматизации
	Подведение итогов (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Повторение изученного материала • Перенос полученного опыта в реальную жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Ловкость и быстрота” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Обучение умению оперативно действовать в ситуациях, связанных с непредсказуемыми изменениями 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Наши достоинства” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Демонстрация своих сильных сторон • Акцентирование внимания на своих ресурсах 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Самоконтроль” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие умения произвольно регулировать свое состояние • Развитие рефлексии 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации • Упражнения
	“Неопределенность” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Тренировка умений, необходимых для конструктивного поведения в условиях неопределенности 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Стрессы” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Развитие навыков самоконтроля • Изменение восприятия жизненных ситуаций • Научиться действовать, а не переживать 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации
	“Уверенность в отношениях”	<ul style="list-style-type: none"> • Умение проявлять уверенность в межличностных отношениях 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации

	(1,5)	<ul style="list-style-type: none"> Р Продолжение таблицы 5 способов поведения	
	Подведение итогов (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> Повторение изученного материала Перенос полученного опыта в реальную жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Эмоции и чувства” (3)	<ul style="list-style-type: none"> Развитие эмоциональной экспрессивности Обучению умению распознавать внешние проявления основных эмоций и чувств у других людей и у самого себя 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Агрессивное поведение” (3)	<ul style="list-style-type: none"> Осознание мотивов и последствий агрессии Перевод агрессии в конструктивное русло Обучение обдуманному выбору поведения 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Лидерство” (3)	<ul style="list-style-type: none"> Выявление в себе лидерского потенциала Развитие организаторских навыков Развитие навыков самостоятельного проявления инициативы Развитие целеустремленности, ответственности 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Конфликты” (3)	<ul style="list-style-type: none"> Анализ сущности конфликтов Анализ причин их возникновения Пути выхода из конфликтной ситуации 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Нет” манипуляциям” (1,5)	<ul style="list-style-type: none"> Знакомство с основными способами манипуляции Обучение навыкам защиты от них 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации
	“Мои границы”	<ul style="list-style-type: none"> Определение границ собственной личности 	<ul style="list-style-type: none"> Беседа Игры-драматизации

	(1,5)		
	Уважение (3)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Продолжение таблицы 5</i> • соотственной личности • Обучить уважению интересов, взглядов, мнений других людей • Осознание своей ценности и ценности окружающих 	<ul style="list-style-type: none"> • Игры-драматизации
3. Заключительный этап	Подведение итогов (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Получение обратной связи • Закрепление пройденного материала • Перенос опыта в реальную жизнь 	<ul style="list-style-type: none"> • Беседа • Игры-драматизации

Образцы конспектов коррекционных занятий находятся в приложении (Приложение 31, 32, 33, 34, 35).

Таким образом, программа учитывает особенности контингента и предполагает решение экспериментальных задач.

3.4. Результаты контрольного этапа эксперимента

Для оценки эффективности использования клинических ролевых игр для коррекции дисгармоничного развития было проведено повторное диагностическое обследование с использованием патохарактерологического диагностического опросника для подростков (ПДО).

В результате этого были получены показатели, представленные в рисунке 9.

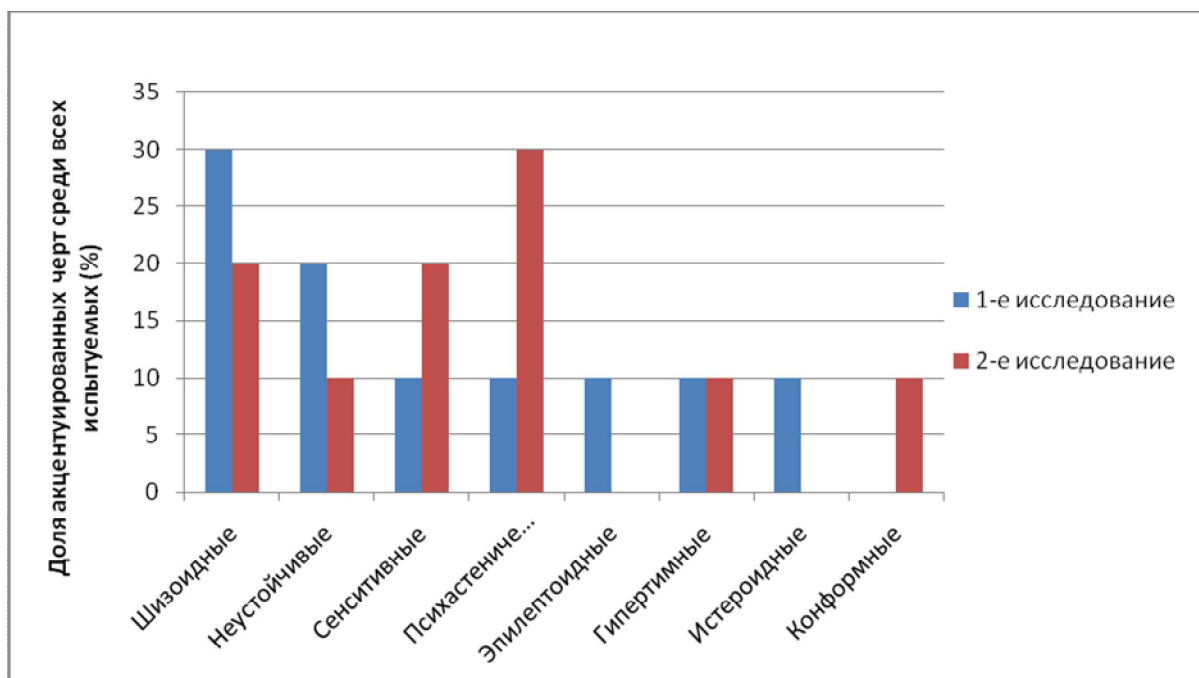


Рис.9. Доля акцентуированных черт среди всех испытуемых в 1-м и 2-м исследованиях (в %)

- Изменилось распределение акцентуированных черт характера среди испытуемых. Снизилось количество шизоидных, неустойчивых проявлений. Некоторые черты (эпилептоидные, истероидные) перестали иметь диагностическое значение (Рис.9).
- Возросло количество сенситивных, психастенических и конформных проявлений характера (Рис.9).

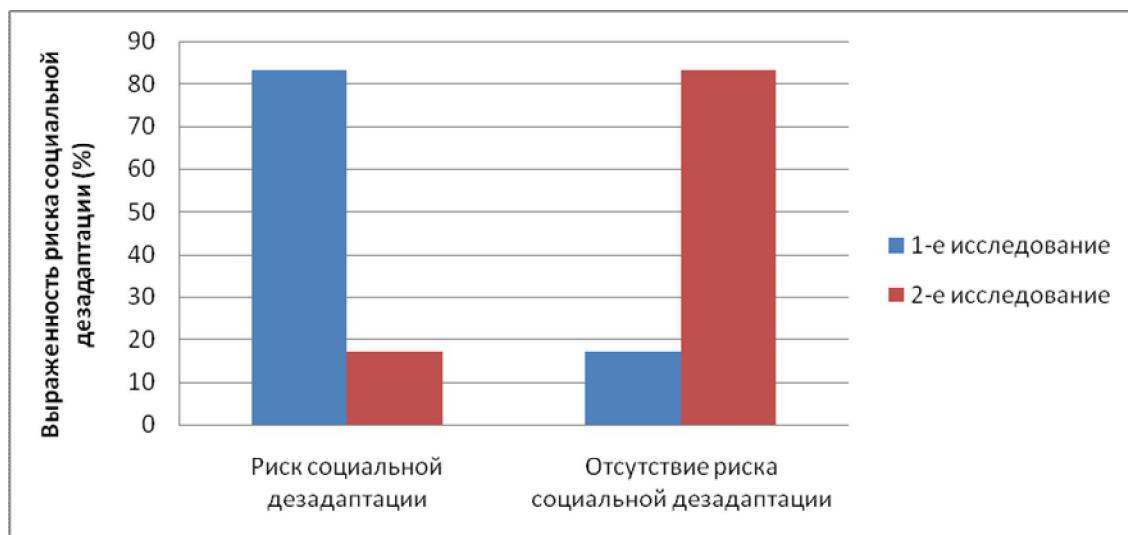


Рис.10. Процентное соотношение риска социальной дезадаптации среди всех испытуемых в 1-м и 2-м исследованиях

- Уменьшилось количество испытуемых, подверженных риску социальной дезадаптации. Нарушение адаптации отмечается у 1 из 6 детей (17%) (Рис.10).
- Увеличилась доля испытуемых, имеющих благоприятный прогноз в социальной адаптации. У 5 из 6 детей (83%) адаптационные процессы имеют положительный характер (Рис.10).

В целом, общая выраженность акцентуированных черт уменьшилась на 8%.

Качественный анализ результатов исследования по каждому ребенку
Надя Б.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию психастенически - шизоидного типа. Однако степень выраженности акцентуированных черт снизилась на 13% . При этом, реакция эмансипации также стала слабее, что позволило, кроме доминантных шизоидных черт, выделить и преобладание психастенических. Девочка стала более открытой, контактной, начала прислушиваться к другим и просить о помощи в случае необходимости. Ее тревожность уменьшилась, и она проявляла большую уверенность и самостоятельность, нежели ранее. В системе отношений повысился показатель феминности, и снизился –

мужественности. Уменьшение показателей акцентуированных черт привело к полному отсутствию риска социальной дезадаптации. Также отмечается отсутствие риска суицида и снижение склонности к депрессии (*Приложение 36*).

Оксана Х.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию гипертимно-неустойчивого типа. Однако степень выраженности акцентуированных черт снизилась на 10% . При этом, черты шизоидности и истероидности перестали преобладать в характерологическом профиле девочки. Реакция эмансипации также стала слабее. Подросток стал более целеустремленным, уменьшились агрессивные тенденции. Девочка стала более уважительно относиться к сверстникам, прислушиваться к ним. Научилась учитывать чужое мнение и лучше контролировать свое поведение. Показатель мужественности в отношениях снизился. Перестала проявляться дискордантность характера, обусловленная наличием противоположных черт в характере. Риск социальной дезадаптации присутствует, однако он уже не такой выраженный (*Приложение 37*).

Полина К.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию психастенического типа. Однако степень выраженности акцентуированных черт снизилась на 12,5% . При этом, ранее выраженные черты неустойчивости перестали преобладать в патохарактерологическом профиле девочки. Реакция эмансипации также стала слабее. Девочка стала более уверенной в себе, целеустремленной, снизился уровень тревожности. Степень конформности немного выросла по сравнению с первоначальным результатом. Отмечается отсутствие дискордантности характера, так как противоположные неустойчивые черты перестали влиять на поведение девочки. Отмечается также отсутствие риска употребления наркотических веществ и, в целом, риска социальной дезадаптации не наблюдается (*Приложение 38*).

Света Ф.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию сенситивно-шизоидного типа. Однако степень выраженности акцентуированных черт снизилась на 10% . Девочка стала более контактной, уверенной в себе. Черты застенчивости и робости проявляются гораздо меньше. Снизилась степень агрессивности подростка, в связи с чем, в системе отношений начал преобладать показатель феминности, а мужественности – значительно снизился. Уменьшение показателей акцентуированных черт привело к полному отсутствию риска социальной дезадаптации (*Приложение 39*).

Слава Л.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию конформного типа с эпилептоидными чертами. Ранее диагностируемые доминантные неустойчивые черты перестали преобладать в патохарактерологическом профиле испытуемого. Реакция эмансипации также стала слабее. Мальчик не стремится выделяться среди других, трудно осваивается в новой обстановке. В результате коррекционного воздействия уменьшилось количество косвенной агрессии. Мальчик стал более контактным, уверенным в себе, целеустремленным, прислушивается к мнению других. В системе отношений повысился показатель мужественности. Уменьшение показателей акцентуированных черт привело к полному отсутствию риска социальной дезадаптации и дискордантности характера (*Приложение 40*).

Фаина К.

Повторное исследование характерологических особенностей выявило акцентуацию сенситивно-психастенического типа. В целом, степень выраженности акцентуированных черт снизилась на 6% . При этом, ранее доминантные шизоидно-эпилептоидные черты перестали преобладать в патохарактерологическом профиле девочки. Реакция эмансипации также

стала слабее. Девочка стала более открытой, контактной, начала прислушиваться к другим и просить о помощи в случае необходимости. Ее тревожность и негативизм уменьшились, и она проявляла большую уверенность и самостоятельность, нежели ранее. В системе отношений повысился показатель феминности, а мужественности – полностью отсутствует. Уменьшение показателей акцентуированных черт привело к полному отсутствию риска социальной дезадаптации и отсутствию дискордантности характера (*Приложение 41*).

Таким образом, использование клинических ролевых игр в коррекции дисгармоничных проявлений личности у детей подросткового возраста подтвердило свою эффективность:

- Данный метод психокоррекции позволил снизить проявления замкнутости, отчужденности, агрессивности, низкой активности.
- Среди испытуемых возросло чувство уверенности в себе, появилась активность, открытость, направленность на других людей.
- Повысилась групповая сплоченность, возросло количество альтернативных вариантов поведения в трудных ситуациях, возрос интерес к собственной личности.
- Уменьшился риск социальной дезадаптации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гармоничное формирование личности в подростковом возрасте является важным условием для дальнейшей успешной адаптации ребенка в социуме. Различные нарушения, в том числе и задержка психического развития, могут служить факторами возникновения дисгармоничных вариантов развития личности, таких как психопатии, акцентуации характера, патологическое формирование личности, нарушение темпа полового созревания.

Диспропорциональность в эмоционально-волевой сфере данной категории детей обусловлена не только внутренними, но и внешними условиями. Важным компонентом в развитии ребенка является социальное окружение, из которого поступающая информация интериоризируется и накладывается на индивидуальную биологическую основу. Поэтому все продолжительные отрицательные социально-психологические воздействия будут отражаться на характере ребенка и приводить к дисбалансу системы адаптации.

В подростковом возрасте чувствительность к воздействиям среды повышается, что приводит к обострению имеющихся патологических нарушений или возникновению новых. Поэтому, для предупреждения или уменьшения количества патохарактерологических проявлений необходимы адекватные формы взаимодействия с детьми данной возрастной категории.

Клинические ролевые игры являются относительно новым психотерапевтическим методом, но позволяют эффективно преодолевать трудности детей подросткового возраста с дисгармоничным развитием личности. В основе данного метода лежит концепция, согласно которой неправильное ролевое развитие ребенка имеет важное значение в возникновении психических нарушений.

В течение жизни человек использует различные роли для каждой конкретной ситуации и их репертуар постоянно расширяется. Но у детей с ограниченными возможностями здоровья потребность в проигрывании различных ролей может быть снижена, что приводит к отсутствию гибкости в поведении. Поэтому клинические ролевые игры способствуют появлению у детей данной категории новых способов реагирования, благодаря увеличению вариантов ролевого поведения. Используя принцип действия, ролевые игры более продуктивны в работе с детьми, имеющими дисгармоничное развитие личности, что позволяет достаточно эффективно влиять на характерологические особенности ребенка.

На основании вышесказанного была сформулирована цель исследования, которая заключается в изучении специфики использования клинических ролевых игр в коррекции характерологической сферы детей подросткового возраста с задержкой психического развития.

В ходе достижения цели были решены конкретные задачи:

1. Систематизирована теоретическая информация по теме исследования.
2. Подобраны диагностические методики, направленные на изучение характерологических особенностей детей подросткового возраста с задержкой психического развития.
3. Изучены экспериментальным путем проявления дисгармоничности в характерологической сфере детей подросткового возраста.
4. Составлена коррекционная программа с использованием клинических ролевых игр.
5. Апробирована программа и дифференцированы условия эффективного применения клинических ролевых игр в коррекции дисгармоничных проявлений личности детей подросткового возраста.

В соответствии с этим, сформулированная гипотеза об эффективности клинических ролевых игр в психологическом сопровождении детей

подросткового возраста с задержкой психического развития полностью подтвердилась.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батаршев, А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения / А. В. Батаршев. – М. : Изд-во Института Психотерапии, 2004. – 320 с.
2. Белкин, А. С. Основы возрастной педагогики: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А. С. Белкин. – М. : Издательский центр «Академия», 2000. – 192 с.
3. Бехтерев, В. М. Психопатия (психонервная раздражительная слабость) и её отношение к вопросу о вменении / В. М. Бехтерев. — Казань, 1886. — 31 с.
4. Блатнер, Г. А. Психодрама, ролевая игра, методы действия: в 2-х ч / Г. А. Блатнер. – Пермь, 1993. – Ч. 1.
5. Божович, Е. Д. Психологические особенности развития личности подростка / Е. Д. Божович. — М. : Знание, 1979. – 40 с.
6. Большой психологический словарь / под ред. Б. Г. Мещерякова, акад. В. П. Зинченко. — М. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.
7. Венгер, А. Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство / А. Л. Венгер. – М. : Генезис, 2001. – 160 с.
8. Возрастная психология: личность от молодости до старости: учебное пособие / сост. М. В. Гамезо. – М. : Педагогическое общество России: Ноосфера, 1999. – 272 с.
9. Выготский, Л. С. Педология подростка / собр. соч. в 6 т. – Т. 4 / Л. С. Выготский. – М., 1984.
10. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика / П. Б. Ганнушкин. — 1933.
11. Данилова, Е. Е. Детский тест "рисуночной фрустрации" С. Розенцвейга / Е. Е. Данилова. – М., 1992. – 58 с.

12. Драгунова, Т. В. Подросток / Т. В. Драгунова. — М. : Знание, 1976. — 96 с.
13. Дуткевич, Т. В. Детская психология: учеб. пособие / Т. В. Дуткевич. — К. : Центр учебной литературы, 2012. — 424 с.
14. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник для вузов / Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин ; под общ. ред. акад. РАМН Г. В. Морозова. — 3-е изд., перераб. и доп. — М. : Норма, 2004. — 528 с.
15. Дубровина, И. В. Практическая психология образования: учеб. пособие / И. В. Дубровина. — СПб. : Питер, 2004. — 592 с.
16. Исаев, Д. Н. Психопатология детского возраста: учеб. для вузов. / Д. Н. Исаев. — Санкт-Петербург. : Спецлит, 2001. — 463 с.
17. Казанская, В. Г. Подросток. Трудности взросления / В. Г. Казанская. — СПб. : Питер, 2006. — 282 с.
18. Келлерман, П. Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов / пер. с англ. И. А. Лаврентьевой. — М. : Независимая фирма "Класс", 1998. — 240 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).
19. Кербиков, О. В. Избранные труды / О. В. Кербиков. — М. : Медицина, 1971.
20. Кербиков, О. В. Психиатрия / О. В. Кербиков, М. В. Коркина, Р. А. Наджаров, А. В. Снежневский. — М. : Медицина, 1968.
21. Кербиков, О. В. Психопатии как клиническая проблема / О. В. Кербиков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1960. — № 1. — С. 61–76.
22. Киппер, Д. Клинические ролевые игры и психодрама / Д. Киппер. — М., 1993.
23. Клиническая психология: учебник / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб. : Питер, 2002. — 960 с. (Серия «Национальная медицинская библиотека»).

24. Клинические лекции по психиатрии детского возраста/ Т. П. Госиздат медицинской литературы. – М. :Медгиз, 1959.
25. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста / В. В. Ковалев. – М. : Медицина, 1995.
26. Крутецкий, В. А. Психология подростка / В. А. Крутецкий. – М. : Просвещение, 1965. – 314 с.
27. Лебединская, К. С. Клинико - психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение первое) / К. С. Лебединская // Дефектология. – 1980. – № 2. – С. 4 - 14.
28. Лебединская, К. С. Клинико - психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение второе) / К. С. Лебединская // Дефектология. – 1980. – № 5. – С. 3 -14.
29. Лебединская, К. С. Клинико - психологический анализ нарушений поведения у подростков (сообщение четвертое) / К. С. Лебединская // Дефектология. – 1984. – № 4. – С. 3 -10.
30. Лебединская, К.С. Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания / К. С. Лебединская. – М. : Медицина, 1969.
31. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития у детей / В. В. Лебединский. – М. : МГУ, 1985.
32. Лейтц, Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я. Л. Морено / Г. Лейтц. – М. : Прогресс,1996.
33. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард. — Киев, 1981.
34. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей) / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, 1979. – 336 с.
35. Личко, А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко. –Л. : Медицина, 1983.
36. Личко, А. Е. Шизофрения у подростков / А. Е. Личко. – Л. : Медицина, Ленингр. отд., 1989. – 214 с.

37. Мамайчук, И. И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2006. – 400 с.
38. Мамайчук, И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И. И. Мамайчук. – СПб. : Речь, 2001. – 220 с.
39. МКБ-10. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: В 3-х томах. Том 1 (часть 1) / М. : Медицина.
40. Павелко, Р. В. Возрастная психология / Р. В. Павелко. – К. : Кондор, 2011. – 468 с.
41. Поливанова, К. Н. Психологическое содержание подросткового возраста. / К. Н. Поливанова // Вопросы психологии: Научный журнал. – 1996. – № 1. – С. 20-33.
42. Попов, Ю. В. Современная клиническая психиатрия / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. — М. : "Экспертное бюро-М", 1997. – 496 с.
43. Прихожан, А. М. Психологические проблемы подросткового возраста как пубертатного периода развития / А. М. Прихожан ; под ред. И. В. Дубровиной, А. М. Прихожан. – М., 2001. – С. 267–270.
44. Психодрама - вдохновение и техника / под ред. П. Холмса и М. Карп. / пер. с англ. В. Мершавки и Г. Ченцовой. – М. : Независимая фирма «Класс» (Библиотека психологии и психотерапии).
45. Рогов, Е. И. Настольная книга практического психолога в образовании: учеб. пособие / Е. И. Рогов. — М. : ВЛАДОС, 1995. — 529 с.
46. Семенова, З. Ф. Психологические рисуночные тесты. Методика «Дом — Дерево — Человек» / З. Ф. Семенова, С. В. Семенова. — М. : АСТ; СПб. : Сова, 2007. — 190 с.
47. Семенюк, Л. М. Хрестоматия по возрастной психологии: учебное пособие для студентов / Л. М. Семенюк ; под ред. Д. И. Фельдштейна. – Москва: Институт практической психологии, 1996. – 304 с.

48. Собчик, Л. Н. Рисованный апперцептивный тест. РАТ / Л. Н. Собчик. — СПб. : Речь, 2002. — 12с., 8 л.ил. — (Практикум по психодиагностике).

49. Ушаков, Г. К. Детская психиатрия / Г. К. Ушаков. — М. : Медицина, 1973. — 392 с.

50. Холмс, П. Внутренний мир снаружи: Теория объектных отношений и психодрама / П. Холмс ; пер. с англ. Р. Р. Муртазина. — М. : Независимая фирма “Класс”, 1999. — 288 с. — (Библиотека психологии и психотерапии).

51. Эльконин, Д. Б. Некоторые аспекты психического развития в подростковом возрасте / Д. Б. Эльконин. — Москва: Российское педагогическое агентство, 1997. — 313 с.